

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada pelo Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira e co-orientada pelo Prof. Doutor José Carlos Marques de Carvalho.

Irene Roura Garcia

Porto | 2016

AGRADECIMENTOS

Gracias a Pedro, por toda la energía, amor y felicidad compartida. Por su disponibilidad y ayuda eterna, por darme fuerzas cada mañana “plastorra” de biblioteca, por abrazarme y hacerme sonreír en mis momentos de *languishing*.

Gracias a mi orientador, Carlos Sequeira, y co-orientador, José Carlos Carvalho, por guiarme en la realización de esta trabajo y por el tiempo prestado.

Gracias a las enfermeras del equipo de salud escolar de la Unidade Local de Saúde de Matosinhos, por su disponibilidad y simpatía desde el primer momento, pues sin ellas esta investigación no habría sido posible.

Gracias a Alice Pinto, trabajadora de la biblioteca de la Escola de Enfermagem de Saúde do Porto, por su amabilidad, sonrisa y entrega en mis largas horas de trabajo y estudio en la biblioteca.

Gracias a Liliana, por su bonita forma de estar y por orientarme y ayudarme con mi esporádica escrita “portuñola”.

Gracias a mis padres, Paloma y Joaquín, por amarme incondicionalmente todos los días de mi vida y por haber hecho de un pequeño embrión una Irene feliz y orgullosa de sí misma.

Gracias a mis preciosas hermanas, Sofía y Olivia, por ser aquellas estrellas en el cielo que aunque no las vea siempre están ahí.

Deseo que gocéis siempre de salud mental positiva y os queráis más que a nadie en el mundo, pues os merecéis todo lo bueno y bonito de esta vida.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

A	Amplitude
CSM+	Cuestionario de Salud Mental Positiva
DP	Desvio Padrão
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
H	Teste Kruskal-Wallis
H0	Hipótese nula
H1	Hipótese alternativa
KS	Teste de Kolmogorov-Smirnov
N	Frequência
WHO	World Health Organization
OR	Odd's Ratio
QSM+	Questionário de Saúde Mental Positiva
SNC	Sistema Nervoso Central
SMP	Saúde Mental Positiva
U	Teste Mann-Whitney
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
x	Média
x^2	Teste Qui-Quadrado
%	Porcentagem

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	iii
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE TABELAS	ix
RESUMO	xi
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. Adolescência	7
1.1.1. Fases	10
1.2. Saúde Mental.....	13
1.2.1. <i>Impacto da Doença Mental</i>	15
1.2.2. <i>Promoção de Saúde Mental</i>	17
1.3. Saúde Mental Positiva	19
1.3.1. <i>Psicologia Positiva</i>	19
1.3.2. <i>Modelo Multifactorial de Jahoda</i>	22
1.3.3. <i>Modelo Saúde Mental Positiva Lluch</i>	23
1.4. Aspetos que Interferem na Saúde Mental dos Adolescentes	29
1.4.1. <i>Variáveis influentes</i>	30
2. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO.....	41
2.1. Tipo de Estudo	41
2.2. População e Amostra.....	42
2.3. Instrumento	42
2.4. Variáveis.....	46
2.5. Procedimento	51
2.6. Recolha de dados.....	53
2.7. Análise dos dados	54

2.8. Considerações éticas	55
3. RESULTADOS	57
3.1. Análise Descritiva.....	57
3.1.1. “Questões Gerais”	57
3.1.2. “Questionário de Saúde Mental Positiva – QSM+”	62
3.2. Análise Inferencial	68
3.2.1. Saúde Mental Positiva e Variáveis.....	70
3.2.2. Relação entre Variáveis	76
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
5. CONCLUSÕES	93
5.1. Limitações.....	94
5.2. Perspetivas Futuras	95
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS	105

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Experimentação de substâncias psicoativas segundo o ano escolar.</i>	<i>78</i>
<i>Figura 2: Sexo e exercício físico - problemas de saúde.</i>	<i>79</i>
<i>Figura 3: Relação com os pais e Visita ao psiquiatra/psicólogo - bullying - horas de descanso.</i>	<i>80</i>
<i>Figura 4: Utilização tecnologias e horas de descanso.....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 5: Bullying e experimentação de tabaco, cannabis e psicofármacos.....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 6: Agregado familiar e problemas de saúde – asma.</i>	<i>82</i>

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1: Desenvolvimento cognitivo na adolescência segundo Piaget (1976).</i>	10
<i>Tabela 2: Processos-chave Resiliência.</i>	21
<i>Tabela 3: Constructo de SMP e CSM+.</i>	44
<i>Tabela 4: Distribuição itens versão espanhola (CSM+) e versão portuguesa (QSM+).</i>	45
<i>Tabela 5: Pontuação das respostas nos itens positivos e negativos no QSM+.</i>	46
<i>Tabela 6: Variáveis Parte I –Questões gerais.</i>	47
<i>Tabela 7: Variáveis Parte II – QSM+.</i>	49
<i>Tabela 8: Caraterização sociodemográfica.</i>	58
<i>Tabela 9: Experiências negativas de vida.</i>	59
<i>Tabela 10: Consumo substâncias psicoativas.</i>	61
<i>Tabela 11: Consumos associados de substâncias psicoativas.</i>	62
<i>Tabela 12: Níveis SMP.</i>	63
<i>Tabela 13: Fatores SMP.</i>	63
<i>Tabela 14: Satisfação pessoal.</i>	64
<i>Tabela 15: Atitude pró-social.</i>	65
<i>Tabela 16: Autocontrolo.</i>	65
<i>Tabela 17: Autonomia.</i>	66
<i>Tabela 18: Resolução de problemas e realização pessoal.</i>	67
<i>Tabela 19: Habilidades de relação interpessoal.</i>	67
<i>Tabela 20: SMP e sexo.</i>	70
<i>Tabela 21: SMP e relação com os pais.</i>	71
<i>Tabela 22: SMP e experiências negativas de vida.</i>	72
<i>Tabela 23: SMP e visita ao psicólogo/psiquiatra.</i>	73
<i>Tabela 24: SMP e utilização das tecnologias.</i>	75

<i>Tabela 25: SMP e experimentação álcool e tabaco.</i>	<i>76</i>
<i>Tabela 26: Fases adolescência e exercício físico - experimentação de substâncias-horas de descanso.</i>	<i>77</i>
<i>Tabela 27: Horas de descanso e bullying – álcool.....</i>	<i>83</i>

RESUMO

A saúde mental positiva (SMP) diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas (satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal) que, além de permitir à pessoa ter uma vida plena e harmónica consigo própria e com a sociedade, protegem face ao desenvolvimento da patologia mental. Este constructo baseia-se no conceito de que a saúde vai mais além da ausência de doença e considera-se fundamental nas intervenções de promoção.

A patologia mental, contudo, é uma doença diagnosticável que afeta e altera todas as dimensões que integram o ser humano: mental, física e social. Esta tem um impacto a nível mundial e, embora afete todas as faixas etárias, a adolescência tem vindo a ser considerada uma etapa de desenvolvimento especialmente crítica para o aparecimento dos primeiros sintomas da patologia mental.

Com isto, surge como principal motivação o desejo de analisar a SMP nos adolescentes, o qual é identificado como o objetivo principal do mesmo. Da mesma forma, decidiu-se analisar a influência das características sociodemográficas, familiares e comportamentais, assim como o impacto das experiências negativas de vida na SMP do adolescente.

Optou-se, portanto, pela realização de um estudo quantitativo de caráter exploratório, descritivo e transversal cuja amostra é constituída por 276 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 20 anos. O instrumento utilizado para o efeito foi o “Questionário de Saúde Mental Positiva do Adolescente” composto por questões que visam recolher características sociodemográficas, familiares, comportamentais, etc. e pelo Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

A SMP total dos adolescentes resultou num valor médio de 70,72. Entre os fatores que integram este constructo, a atitude pró-social foi aquele que obteve níveis superiores nos adolescentes enquanto o autocontrolo registou níveis inferiores. Os jovens de sexo masculino da amostra mostraram níveis superiores de satisfação pessoal e autocontrolo e os do sexo feminino níveis superiores de atitude pró-social. A violência no núcleo familiar e o *bullying* resultaram ter um impacto negativo na satisfação pessoal e autocontrolo do jovem, da mesma forma que dormir mais de oito horas e a ausência de problemas de saúde estiveram relacionados com níveis superiores de satisfação pessoal.

Os adolescentes em estudo mostraram, portanto, bons níveis de SMP, o que pode ser relacionado com estados de *flourishing*. Por fim, verificou-se a influência das características demográficas e de saúde, assim como de comportamentos e experiências negativas de vida na SMP do adolescente.

Palavras-chave: Saúde Mental Positiva, Adolescentes, Promoção da Saúde

ABSTRACT

POSITIVE MENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS

Positive Mental Health (PHM) refers to the set of positive psychosocial characteristics (personal satisfaction, prosocial behavior, self-control, autonomy, problem solving and interpersonal relationship skills) that, in addition to allowing the person to have a full life and harmonious towards itself and society, protects against the development of mental illness. This construct is based on the concept that health goes beyond the absence of disease and it is fundamental in health promotion interventions.

Mental disease, however, is a diagnosable disease that affects and disturbs all the dimensions that make up the human being: mental, physical and social. This has an impact worldwide and although it affects all groups of age, adolescence has been considered a particularly critical development stage for the appearance of the first symptoms of mental disorders.

With this, it emerges as main motivation the desire to analyze the PHM in adolescents, which is identified as the principal objective of it. Similarly, it was decided to analyze the influence of sociodemographic, family and behavioral characteristics, as well as the impact of negative life experiences in adolescent PMH.

It was decided, therefore, to carry out a quantitative exploratory study, descriptive and transversal whose sample consists of 276 adolescents aged between 12 and 20 years. The instrument used for this purpose was the "Adolescent's Positive Mental Health Questionnaire" that includes questions with the purpose of collecting sociodemographic, family, behavioral characteristics, etc. and the Positive Mental Health Questionnaire (QSM +).

The adolescent's total PMH resulted in an average of 70,72. Among the factors that comprise this construct, the prosocial attitude was the one who got higher levels in teens while the self-control recorded the lower levels. Young male sample showed higher levels of personal satisfaction and self-control while the female sample showed higher levels of prosocial attitude. Violence within the family and bullying resulted to have a negative impact on personal satisfaction and self-control of the young; as well as, sleeping more than eight hours and the absence of health problems were related to higher levels of personal satisfaction.

The adolescents in the sample showed good levels of PMH, which can be associated with flourishing states. Finally, there was verified the influence of demographic and health characteristics, as well as behavior and negative life experiences in adolescent's PMH.

Keywords: Positive Mental Health, Adolescents, Health Promotion

INTRODUÇÃO

O trabalho descrito neste documento foi desenvolvido no âmbito da dissertação do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)).

A saúde considerada como o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença é o conceito principal no qual se assenta o estudo a desenvolver (*World Health Organization* (WHO), 2005). Esta definição assume a multidimensionalidade dos seres humanos e reconhece a saúde como o resultado de uma contínua interação entre as suas dimensões física, psíquica, social e entre estas e o ambiente.

No que respeita à saúde mental, embora o termo seja marcadamente positivo (refere a saúde da mente) ao longo da história tem sido relacionado e associado aos sintomas da patologia mental e, portanto, tem ganho um significado marcadamente negativo sendo este um dos motivos principais do estigma existente em relação a esta área da saúde (WHO, 2008).

Contudo, nos últimos 30 anos a investigação tem contribuído para um melhor e mais completo entendimento da saúde mental sendo perspectivada hoje em dia como um estado de funcionamento ótimo na vida que permite à pessoa reconhecer as próprias habilidades, lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e dar um contributo a si próprio ou à comunidade (WHO, 2005).

Esta nova conceção rompe com o postulado clínico tradicional assistencial, focado no tratamento das patologias, e direciona a atenção dos profissionais para a saúde, o que fomenta e permite trabalhar aspetos da promoção e prevenção no sentido de conseguir este bem-estar nas suas três dimensões: física, mental e social (Lluch, 2003).

Nesta linha de pensamento, emerge o termo de Saúde Mental Positiva (SMP) a qual diz respeito ao conjunto de características psicossociais positivas que permitem à pessoa ter o funcionamento ótimo na vida descrito pela WHO (Keyes 2002, 2007; Monte, Fonte e Alves, 2015). Esta é considerada um constructo resultante da interação de seis fatores ou características psicossociais positivas: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal (Jahoda, 1958; Lluch, 1999, 2002, 2003).

As características psicossociais positivas tem vindo a ser declaradas fundamentais na saúde geral das pessoas (Jeste *et.al.*, 2015). Investigações realizadas nos últimos anos demonstram objetivamente como a resiliência, o otimismo e o compromisso social, entre outros, estão associados a melhores resultados de saúde, tais como o aumento da longevidade e do bem-estar subjetivo (Rasmussen, Scheier e Greenhouse, 2009; Diener e Chan, 2011;).

Estes resultados definem uma interação estreita entre saúde mental e a saúde física o qual se alinha com o paradigma holístico de saúde, assim como com a conceção utilizada pela WHO (2005) para definir saúde.

Nesta perspetiva, entende-se que ao longo da vida do ser humano, a saúde será influenciada pelo organismo interno (doenças congénitas, vírus, bactérias, defeitos estruturais, etc.), pela perceção individual das experiências e vivências (pensamentos, emoções, etc.), pela interação com os principais núcleos sociais (família, amigos, escola, trabalho) e pelo contacto contínuo com o ambiente no qual a pessoa está inserida (aspetos físico-ambientais, culturais, políticos ou económicos).

Os estados de saúde ou de doença, portanto, são resultado de uma teia de relações formada por múltiplos aspetos que acontecem na vida. A saúde pode ser considerada como o estado de equilíbrio ou harmonia entre as distintas dimensões que compõem a pessoa e entre esta e o seu entorno (Martí, 2000; Stefanelli, 2008; Fukuda e Arantes, 2008).

Existem, contudo, fatores stressantes na vida pessoal do indivíduo que poderão alterar este estado de equilíbrio. Neste caso, a pessoa terá de desenvolver estratégias que o ajudem a ultrapassar positivamente estas dificuldades ou que o permitam adaptar-se à nova situação. Porém, se estas estratégias forem insuficientes ou ineficazes, se o ambiente não for o adequado ou se a pessoa não contar com o apoio ou assistência necessária esta irá apresentar um risco maior face ao desenvolvimento de sintomas do foro mental.

A mente é um órgão fundamental em todas as facetas da vida do indivíduo, assim como especialmente influente no resto dos órgãos que compõem o corpo humano. Assim, embora seja o mais desconhecido e difícil de explorar pela ciência humana, a mente deve ser cuidada, mimada, exercitada, tratada e reabilitada.

As doenças mentais, contudo, são cada vez mais comuns e o seu impacto afeta às populações de todo o mundo. Em 1990, os transtornos mentais e da conduta representavam 11% da carga total das doenças mentais a nível mundial e prevê-se que em 2020 irá aumentar até 15% (WHO, 2008).

Esta carga afeta a todas as faixas etárias, no entanto, a adolescência tem vindo a ser considerada uma etapa de desenvolvimento especialmente crítica para o aparecimento dos primeiros sintomas psicopatológicos, sendo que a metade de pessoas com problemas mentais na vida adulta desenvolveram os primeiros sintomas nesta etapa de crescimento (Kelly, *et.al.*, 2011; Loureiro, 2014; Resende, *et.al.*, 2013).

Face a este impacto é desenvolvida a motivação de conhecer se os adolescentes apresentam características psicossociais positivas, SMP, que os protejam face às mudanças e agentes stressantes e desequilibrantes próprios desta etapa de crescimento.

- ✓ Será que contam com as ferramentas necessárias para adaptar-se e encarar as grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais que têm lugar neste período de crescimento?
- ✓ Será que estão preparados psiquicamente para enfrentar os desafios da vida adulta?

Esta motivação, portanto, foi o motor que impulsionou a realização deste trabalho a qual foi traduzida no primeiro e principal objetivo do mesmo:

- Analisar a SMP numa amostra de adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos.

De forma a concretizar com êxito este objetivo, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal. A intenção primária deste trabalho, portanto, foi analisar de forma descritiva a SMP dos adolescentes. Porém, no sentido de enriquecer a investigação e de concretizar algum dos objetivos secundários foram efetuadas, de forma adicional, análises comparativas.

Junto da análise global da SMP, decidiu-se estudar especificamente os fatores que integram o constructo de SMP, dando lugar ao primeiro objetivo secundário:

- Identificar os níveis da SMP por fatores de acordo com o modelo multifatorial.

Por outro lado, como referido anteriormente, existem inúmeros aspetos na vida do individuo que poderão influenciar e afetar a saúde mental, e vice-versa. No que diz respeito à adolescência, o jovem irá desenvolver comportamentos que irão perdurar na vida adulta e que são influenciados, por sua vez, pelos principais núcleos de socialização do jovem o que o torna especialmente sensível à adoção de comportamentos de risco para a própria saúde (Carter *et.al.* 2007; Tomé, 2011).

Tendo isto em conta, foram formulados outros dos objetivos secundários:

- Comparar a SMP dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde;
- Analisar o impacto das experiências negativas de vida (violência no núcleo familiar, *bullying*, separação parental e morte de um familiar) e dos hábitos de vida ou comportamentos (alimentação, padrão de sono, exercício físico, consumo de substâncias psicoativas, etc.) na SMP do adolescente.

A SMP, portanto, não será analisada de forma isolada neste trabalho, mas sim conjuntamente com diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e comportamentais que, além de caracterizar a amostra em estudo, serão tidas em conta na análise da sua relação com o estado da SMP.

Por fim, de forma a complementar os objetivos secundários, tenciona-se estudar a relação entre as características sociodemográficas, experiências negativas de vida, saúde e comportamentos do adolescente.

Este documento, que visa expor o estudo desenvolvido, encontra-se dividido em seis capítulos

O primeiro capítulo compreende a revisão bibliográfica na qual são expostos os conceitos e campos de conhecimento nos que se enquadra esta dissertação. Este é repartido em diversas secções ou subsecções. Primeiramente, é caracterizada a adolescência de forma a conhecer as suas principais características e as fases nas quais se divide. De seguida aborda-se o conceito de saúde mental segundo diferentes perspetivas, ressaltando aquela considerada positiva, e o bem-estar. No subcapítulo seguinte é definida a doença mental, o seu impacto na população mais jovem e as intervenções de saúde que visam diminuir esta carga. Na quarta secção é abordada, de forma sucinta, a ciência da psicologia positiva, o modelo multifatorial de SMP definido por Jahoda (1958) e o constructo de SMP segundo Lluch (1999). Seguidamente, são identificados quais os principais fatores influentes na aquisição de comportamentos no jovem e é realizada uma revisão bibliográfica sobre a influência dos comportamentos (alimentação, sono, exercício físico, uso das tecnologias, consumo de substâncias psicoativas) e das experiências negativas de vida na saúde geral e mental do adolescente.

No segundo capítulo é abordada a metodologia que guiou e orientou a parte prática e empírica desta investigação. Assim, de forma a identificar e caracterizar todos os processos e

métodos utilizados na obtenção dos resultados, este capítulo é dividido nas seguintes secções: tipo de estudo, população e amostra, instrumento, variáveis, procedimento, recolha de dados, análise dos dados e considerações éticas.

Após definição das características metodológicas passa-se, no capítulo três, à análise dos resultados. Este é dividido em duas secções segundo o tipo de análise estatística utilizada. A primeira secção aborda a análise descritiva de todas as variáveis em estudo enquanto a segunda a análise inferencial. Esta segunda secção é dividida pela sua vez em duas subsecções: na primeira é realizada a análise mediante a comparação das médias entre a SMP do adolescente e o resto de variáveis analisadas e, na segunda, expõem-se os resultados relativos à análise da relação entre as variáveis sociodemográficas, experiências de vida, saúde e comportamentos, sem análise da SMP.

De forma a interpretar os resultados obtidos e a compará-los com as evidências científicas, no capítulo quatro é apresentada a discussão dos resultados segundo a ordem de relevância na qual foram propostos os objetivos desta dissertação.

Por fim, no quinto e último capítulo, são expostas as principais conclusões obtidas ao longo do processo de investigação, assim como, as limitações identificadas e propõem-se sugestões para ter em consideração em futuras investigações sobre a SMP.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A continuação são abordados conceitos relevantes a ter em conta neste trabalho de investigação.

1.1. Adolescência

O termo adolescência deriva do latim “*adolescere*” que significa “crescer para a vida adulta”. Esta é uma etapa de desenvolvimento na qual o indivíduo, ainda criança, vivencia um processo crescente de maturação física, sexual, psicológica e social que a leva à transformação num adulto (Resende, *et.al.*, 2013; Gaete, 2015).

Este processo crescente de maturação está caracterizado pela vivência de diversas e intensas mudanças em todas as dimensões que compõem o indivíduo. O seu início está relacionado com as mudanças a nível físico e sexual (puberdade), enquanto o seu fim é de origem sociológico (independência ou autonomia, adoção de *roles* próprios da vida adulta, estruturação da personalidade). Desta forma, resulta difícil estabelecer o momento exato no qual começa e acaba, pois a duração da adolescência depende estreitamente das características genéticas e sociais de cada indivíduo, assim como da interação deste com o seu meio (Gaete, 2015).

A WHO define a adolescência como um processo de desenvolvimento que tem lugar entre os 10 e os 19 anos, no entanto, ao longo dos últimos anos esta fase tem vindo a ser alongada devido às condições sociais e culturais.

Na cultura ocidental, a puberdade tem vindo a aparecer com anterioridade devido, por um lado, a melhoras na higiene, nutrição e saúde infantil (Sawyer, *et.al.*, 2012) e, por outro, às mudanças nas dinâmicas familiares e na educação dos filhos. Segundo Payne (2010) a educação atual das crianças apresenta excesso em quatro pilares: informação, opções, brinquedos ou coisas materiais e velocidade, o qual faz com que sejam impedidas de disfrutar plenamente das maravilhas da infância promovendo a sua redução temporal.

Por outro lado, a independência, a autonomia e a maturação psicossocial dos jovens, assim como a conseqüente adoção de *roles* na vida adulta, tem vindo a ser prolongado no tempo. Hoje em dia os jovens demoram mais tempo em conseguir a independência social e

económica da família, seja pelo alongamento dos estudos académicos, como pela dificuldade de entrar no mercado laboral ou pela comodidade ou habituação de continuar a viver no núcleo familiar (Gaete, 2015).

Com isto, Breinbauer e Maddaleno (2005), entre outros autores, consideram a adolescência como o período compreendido entre os 10 e os 24 anos, sendo que esta faixa etária abarca a maioria das pessoas que atualmente vivenciam as mudanças e a adoção de papéis que definem este período de transição à vida adulta (Breinbauer e Maddaleno, 2005; Gaete, 2015).

Como referido anteriormente, a adolescência constitui um processo altamente dependente das características biológicas, psicológicas e sociais de cada pessoa, tanto no que diz respeito aos seus limites temporais como da progressão do indivíduo na mesma. Não existe um modelo específico e único da adolescência que possa ser aplicado a todos os jovens sem ter em conta a individualidade de cada um. No entanto, tendo em conta estas limitações, o desenvolvimento psicossocial na adolescência apresenta geralmente características comuns e um padrão progressivo de 3 fases (Breinbauer e Maddaleno, 2005): fase inicial (dos 10 aos 13-14 anos), fase média (dos 14-15 anos aos 16-17) e fase final (dos 17-18 anos em diante).

Na adolescência, assim como em qualquer etapa do ciclo vital, existem uma série de tarefas que devem ser concretizadas com êxito de forma a permitir um funcionamento adaptativo em etapas posteriores da vida. Segundo Erikson (1996) a tarefa principal da adolescência é a procura da identidade, isto é, encontrar uma resposta à pergunta “quem sou eu?”. Esta identidade é permanente e única, e diferencia ao indivíduo da sua família, dos seus pares e da sociedade. Desta forma, a descoberta da identidade, no fim da adolescência e no início da vida adulta, implica uma série de aspetos tais como: aceitação do próprio corpo, a aceitação da própria personalidade e da identidade sexual e vocacional, assim como a definição de uma ideologia pessoal com valores próprios (Gaete, 2015).

Nesta procura da identidade o jovem irá afastar-se do núcleo familiar para encontrar novas figuras de identificação no seu grupo de pares. Assim, a dependência que o indivíduo tinha anteriormente dos seus pais é transferida ao grupo de pares o que o torna psicologicamente vulnerável às críticas dos mesmos, assim como à aquisição de determinados comportamentos, tanto positivos como negativos para a saúde (Breinbauer e Maddaleno, 2005; Gaete, 2015).

Este distanciamento com a família está igualmente relacionado com a autonomia, a qual é outra das tarefas próprias da adolescência. Assim, no sentido de atingir autonomia, tanto a

nível emocional como económico, o adolescente começa uma separação progressiva com a família o que se pode traduzir em conflitos no seio familiar. Nesta procura da independência o jovem irá ficar inseguro e temeroso sendo no grupo de pares onde ele se irá apoiar. A identificação com o grupo, portanto, permite ao indivíduo reforçar as mudanças do seu eu e das suas atitudes. Por outro lado, no sentido de atingir autonomia económica, o jovem deverá igualmente adquirir destrezas laborais e vocacionais que lhe permitam a sua inserção laboral e, portanto, a obtenção da independência económica (Gaete, 2015).

Outra característica própria da adolescência é o desenvolvimento da competência emocional e social. A primeira delas está relacionada com a capacidade de controlar as emoções enquanto a segunda diz respeito das habilidades no relacionamento interpessoal. Assim, além de promover a autonomia do jovem, o relacionamento com o grupo de pares irá contribuir para o bem-estar e desenvolvimento psicossocial do jovem (Gaete, 2015).

A concretização das tarefas anteriormente descritas irá ser facilitada por uma série de fenómenos como é o desenvolvimento de habilidades cognitivas. Assim, segundo Piaget (1976), na adolescência o jovem deixa o pensamento concreto (infantil) para passar ao pensamento abstrato (adulto) (Tavares *et.al.*, 2007). Este desenvolvimento é gradual e dota ao indivíduo de habilidades de raciocínio mais avançadas expostas na seguinte tabela (Piaget, 1976, cit. por Gaete, 2015 e Tavares *et.al.*, 2007):

Tabela 1: Desenvolvimento cognitivo na adolescência segundo Piaget (1976).

PENSAMENTO CONCRETO (infantil)	PENSAMENTO ABSTRATO (adulto)
✓ Pensamento é limitado ao “aqui e agora”	✓ Capacidade em pensar no futuro e estabelecer um plano de vida
✓ Incapacidade em estabelecer ligações entre si e os factos verificados	✓ Capacidade em construir teorias explicativas, cruzar conceitos e deduzir axiomas
✓ Pensamento limitado ao que de facto existe	✓ Capacidade em pensar sobre coisas que não existem e que pertencem ao domínio do impossível ou imaginação, permitindo a reflexão sobre diversas temáticas com maior ou menos grau de abstração
✓ Pensamento apenas sob a própria perspectiva	✓ Capacidade para pensar sob a perspectiva do outro
	✓ Permite entender e construir teorias
	✓ Permite participar em sociedade e adotar atitude analítica e crítica sobre ideologias e sobre o próprio pensamento
	✓ Raciocínio hipotético-dedutivo

Com isto, se o desenvolvimento do jovem for positivo e bem-sucedido nesta etapa da vida, este irá apresentar autonomia psicológica (identidade e sentido de si mesmo, capacidade de tomar decisões e de assumir funções e responsabilidades) e, segundo as circunstâncias, independência física (capacidade de se distanciar da vida familiar e ser autossuficiente) no início da vida adulta.

Por fim, a adolescência pode ser estudada com base na teoria das transições de Meleis (2000). Com efeito, esta pode ser caracterizada como uma transição desenvolvimental, que tem lugar entre a infância e a vida adulta, e cujas propriedades e condições devem ser estudadas de forma individual no sentido de analisar o progresso da transição e de identificar se esta é considerada saudável ou não.

1.1.1. Fases

Como referido, a adolescência pode ser dividida em diferentes fases segundo as características do desenvolvimento orgânico e psicossocial que predominam em cada momento desta etapa. Assim, esta pode ser dividida em três fases as quais são descritas a continuação (Breinbauer e Maddaleno, 2005; Tavares *et.al.*, 2007; Gaete, 2015):

- Fase inicial (dos 10 aos 13-14 anos): Esta tem o seu início com a puberdade, a qual pode ser definida como o aparecimento das primeiras mudanças no corpo físico até atingir a maturidade sexual: crescimento em altura e peso, mudança nas proporções e forma do corpo e a chegada da maturidade sexual. Nesta fase o jovem experimenta preocupação, sente-se inseguro em relação a sua nova aparência e atrativo.

O desenvolvimento psicológico nesta primeira fase é caracterizado pela existência de egocentrismo. O adolescente centra-se na própria conduta e assume que os outros tem perspectivas idênticas às suas. Considera-se um ser único pelo que ninguém é capaz de entender os seus pensamentos, sentimentos crenças ou ideais. Existe igualmente labilidade emocional, com rápidas mudanças no humor e conduta, assim como falta de controlo dos impulsos, tendência a magnificar a situação pessoal e necessidade de satisfação imediata e de privacidade.

No que diz respeito ao desenvolvimento cognitivo, nesta etapa tem início o aparecimento do pensamento abstrato, sintetizado anteriormente na Tabela 1.

Por último, o desenvolvimento social é caracterizado por uma mobilização do interesse do jovem desde a família ao grupo de pares. O jovem encontra no grupo compreensão e bem-estar.

- Fase média (dos 14-15 anos aos 16-17): O acontecimento principal nesta etapa é o distanciamento afetivo com a família e a aproximação ao grupo de pares.

No que diz respeito do desenvolvimento psicológico, o jovem continua a desenvolver a sua individualidade, no entanto, a autoimagem passa a ser muito dependente da opinião dos outros. O adolescente passa mais tempo sozinho, aumenta a abertura das emoções que experimenta e adquire a capacidade de examinar os sentimentos dos outros e de preocupar-se com eles. Embora tenham consciência dos riscos que correm ao experimentar determinados comportamentos, a procura de recompensas e a impulsividade pode ser mais forte do que a noção do risco. Isto pode ser explicado devido à maturação do sistema cerebral socioemocional ser anterior à do sistema de controlo cognitivo o que irá provocar que a excitação emocional supere a capacidade de regulação do sistema cognitivo.

O desenvolvimento cognitivo, por outro lado, é caracterizado pelo aumento das capacidades de pensamento abstrato, de raciocínio e da criatividade. Nesta fase o grupo de pares é especialmente influente e poderoso no jovem, podendo ter um impacto tanto positivo (motivação pelo estudo, desporto, etc.) como negativo (participar em condutas de risco,

rebeldia, etc.). O jovem passa mais tempo com o grupo de pares, desafia os valores e autoridade dos pais e é rebelde. Este comportamento supõe a aparição de conflitos entre os pais e os filhos, o qual é considerado normal e esperado no sentido do indivíduo separar a sua própria identidade da sua família e progredir no desenvolvimento da sua autonomia e, conseqüentemente, da sua maturação.

Finalmente, nesta fase, o jovem aceita o seu corpo e começa a sentir-se confortável com ele, toma consciência da sua orientação sexual e aumenta a experimentação de condutas sexuais.

- Fase final (dos 17-18 anos em diante): Esta é considerada a última etapa do caminho para atingir a independência e autonomia do jovem, sendo caracterizada por uma maior tranquilidade e um aumento da integração da personalidade. Se as fases anteriores forem bem-sucedidas, assim como se o jovem contar com o apoio da família e dos amigos, este estará no bom caminho para assumir as responsabilidades da vida adulta. No entanto, se as etapas anteriores não forem ultrapassadas com êxito, poderá desenvolver problemas com o aumento da independência e das responsabilidades da vida adulta, tais como depressão ou transtornos emocionais.

Em relação ao desenvolvimento psicológico, a identidade encontra-se mais firme, sendo que a autoimagem deixa de ser definida pelo grupo de pares e passa a depender do critério pessoal. O jovem passa a ser consciente das suas limitações pessoais, desenvolve a habilidade para realizar planos futuros, assim como para tomar decisões de forma independente. É nesta etapa que o jovem irá realizar as eleições educacionais e/ou laborais segundo os seus interesses, capacidades e oportunidades, o que lhe permitirá atingir a independência financeira. O controlo dos impulsos aumenta, a gratificação imediata das suas necessidades é menos intensa e aparece a capacidade de se comprometer.

Nesta última fase da adolescência é estabelecido o pensamento abstrato e atingido o pensamento hipotético-dedutivo, o qual aumenta a habilidade de prever consequências e a capacidade para resolver problemas. A influência do grupo de pares diminui à medida que o adolescente se sente confortável com os seus próprios princípios e identidade. Assim, ao atingir a sua própria identidade, a atenção do jovem é virada novamente para a sua família, sendo capaz de apreciar os seus valores e experiência.

No que diz respeito ao desenvolvimento sexual, o adolescente aceita as mudanças do seu corpo, assim como a sua imagem corporal. Aumenta o seu interesse pelo estabelecimento de

relações pessoais, íntimas e estáveis baseadas na compreensão, na partilha de valores, interesses e no cuidado mútuo.

Face ao exposto, é importante destacar que uma vez finalizada a adolescência, os adultos jovens terão igualmente de concretizar tarefas de desenvolvimento próprias deste novo ciclo vital. O desenvolvimento do ser humano, portanto, não acaba no fim da adolescência, mas continua ao longo de toda a vida.

1.2. Saúde Mental

A saúde mental constitui uma parte fundamental da saúde geral e recebe contribuições de diversas áreas (psicologia, psiquiatria, enfermagem, sociologia, economia, etc.). O seu objeto de estudo - a mente do ser humano - é muito amplo e a sua interpretação está continuamente a mudar segundo a reação que cada sociedade e área de conhecimento apresenta diante das “anormalidades” do comportamento humano (Lluch, 2003; Amarante, 2013). Esta é considerada uma parte indivisível da saúde geral, determinada por fatores e experiências individuais, relações pessoais, estruturas e recursos sociais e valores culturais que, no seu conjunto, refletem o equilíbrio entre o indivíduo e o seu meio (Lavikainen *et.al.*, 2000).

Desta forma, é complexo encontrar uma definição de saúde mental válida para todas as culturas e sociedades, pois esta irá depender do indivíduo, assim como dos contextos económicos, sociais, culturais e políticos nos quais este está imerso. Existem, portanto, várias definições de saúde mental segundo a perspetiva utilizada para a definir. Algumas enfatizam o bem-estar psicológico, enquanto outras a ausência de saúde mental (Loureiro, 2014).

De acordo com a perspetiva negativa, a referência para definir saúde mental é a doença, e o seu postulado básico “saúde igual a ausência de doença”. Esta abordagem corresponde ao modelo clínico tradicional de saúde e considera-se reducionista pois omite os aspetos positivos inerentes à saúde mental, assim como os componentes individuais e subjetivos do indivíduo que a sofre (Lluch, 2003; Lamers *et.al.*, 2011). O seu foco de atenção são as pessoas doentes e, como tal, limita-se ao tratamento dos transtornos mentais (Lavikainen *et.al.*, 2000).

Em contrapartida, a perspetiva positiva baseia-se no princípio de que a saúde mental significa não só a ausência de doença, mas também a presença de características psicossociais positivas no indivíduo que o protejam ante as adversidades da vida (Keyes 2002, 2007).

Autoestima, autonomia e autocontrolo, são algumas das características psicossociais consideradas protetoras face ao desenvolvimento de doenças mentais. O conjunto destas

caraterísticas, as quais serão analisadas nos próximos capítulos, constituem o constructo de SMP.

A definição de saúde mental proposta pela WHO (2005), referida no capítulo introdutório, considera-se positiva e impulsiona aos profissionais de saúde para intervir na população “saudável” no sentido de promover e potenciar a saúde mental positiva, contribuindo, desta forma, para a prevenção e redução do impacto das doenças mentais (Lluch, 1999; Jeste *et.al.*, 2015).

Outro termo utilizado para referir a SMP é o de *flourishing*, proposto por Keyes (2002, 2007). Este autor defende que a saúde mental não pode ser considerada um estado permanente ou estático, mas sim um *continuum* ou processo, no qual a pessoa ao longo da sua vida poderá oscilar entre estados completos de saúde mental, *flourishing*, estados intermédios, ou estados incompletos, *languishing*, independentemente da presença de doenças mentais. Assim, estabelece que estados de *flourishing* se correspondem com emoções e funcionamentos psicológicos e sociais positivos, ou seja, com níveis mais altos de bem-estar.

O bem-estar diz respeito a um ótimo funcionamento e experiência vital e é através de este constructo que a SMP é operacionalizada (Lamers *et.al.*, 2011).

A procura do bem-estar é o motor do desenvolvimento humano e, como tal, ao longo da história numerosos filósofos e científicos de diversas áreas de conhecimento têm procurado a sua definição, assim como a forma de o mensurar. Nesta procura, desenvolveram-se duas abordagens de origem filosófica: o hedonismo e o eudemonismo (Ryan e Deci, 2001).

A primeira destas vertentes, o hedonismo, defende o bem-estar como um estado emocional relacionado com o prazer e a felicidade. O bem-estar hedonista, denominado emocional ou subjetivo, apresenta duas dimensões: a emocional, dependente da presença de afetos positivos e da ausência de afetos negativos, e a cognitiva, relacionada com a satisfação com a vida (Siqueira e Padovam, 2008).

A conceção eudemónica, contudo, apoia-se na noção de que o bem-estar consiste em viver de forma plena tanto na vida individual (bem-estar psicológico) como na social (bem-estar social), o qual é conseguido mediante a completa realização dos potenciais psicológicos e sociais da pessoa (Ryan e Deci, 2001). Neste sentido, Ryff e Keyes (1995) defendem que o bem-estar psicológico apresenta as seguintes componentes: auto-aceitação, relacionamento

positivo com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

Estas duas abordagens definem o bem-estar de forma diferente, no entanto, consideram-se complementares, dando lugar às três dimensões deste constructo: emocional ou subjetivo, psicológico e social (Keyes, 1998, 2002, 2007).

Por último, tendo estes conceitos em conta, quando analisada a definição positiva de saúde mental proposta pela WHO (2005), é constatado que nela estão referidas as duas abordagens filosóficas de bem-estar. Assim, *“Saúde mental como um estado de bem-estar...”* refere-se aos componentes afetivos (bem-estar emocional), *“... no qual o indivíduo reconhece as suas próprias habilidades, lida com o stress normal da vida...”* alude aos aspetos de um funcionamento ótimo individual (bem-estar psicológico) e, por último, *“trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo a si ou à sua comunidade”* supõe a presença de elementos que permitam um ótimo funcionamento na vida social do indivíduo (bem-estar social) (Lamers, *et.al.*, 2001).

1.2.1. Impacto da Doença Mental

Diferentemente do conceito de saúde mental, descrita na secção anterior, a perturbação mental é uma doença diagnosticável que afeta os pensamentos, emoções e comportamentos da pessoa que a sofre e que poderá alterar a capacidade de trabalhar, de realizar outras atividades e responsabilidades do dia-a-dia ou de estabelecer relações interpessoais satisfatórias (Loureiro, 2014).

O termo problema de saúde mental, no entanto, é mais amplo e diz respeito tanto das doenças mentais como dos sintomas que ainda não são suficientemente graves para que possa ser realizado o diagnóstico de doença mental (Loureiro, 2014).

O impacto das doenças mentais é considerado uma autêntica ameaça para a população, tanto para quem as sofre como para as famílias e comunidades das mesmas. Assim, a pessoa com problemas do foro psiquiátrico, além de sofrer a presença de sintomas inquietantes e anormais devido à psicopatologia, verá a sua rotina diária modificada, podendo ter de deixar o trabalho, os estudos ou as atividades de lazer com uma conseqüente sensação de incapacidade. Poderão igualmente sentir-se preocupados por não conseguir realizar as suas responsabilidades para com a família, amigos ou casal, existindo o receio de ser uma carga para os outros. A família da pessoa, por outro lado, poderá vivenciar reações emocionais

negativas como por exemplo, o stress face a comportamentos perturbados ou à alteração dos roles familiares o que leva a disrupção da rotina doméstica ou a restrição nas atividades sociais, entre outros. Por último, as comunidades também serão afetadas com o aumento no custo da prestação de cuidados ou com a perda de produtividade, entre outros (WHO, 2001).

A adolescência, devido às características próprias da mesma, é considerada um momento crítico na vida do indivíduo para o desenvolvimento dos primeiros sintomas ou episódios de doença mental (Kelly *et.al.*, 2011; Resende *et.al.*, 2013; Loureiro, 2014).

Nela o indivíduo, ainda imaturo, expõe-se à vivência de numerosas alterações biopsicossociais. Existe, portanto, uma exigência contínua de adaptação por parte do jovem às alterações que ocorrem na sua vida, o que poderá ocasionar o aparecimento de emoções negativas tais como ansiedade, stress, tristeza, solidão, etc. Esta continua necessidade de adaptação assim com a própria natureza multidimensional das alterações vivenciadas no indivíduo, é traduzida numa situação de risco para o aparecimento dos primeiros sintomas de foro mental.

A WHO (2001) reconhece as perturbações mentais como um dos principais problemas de saúde nos adolescentes e considera que em 2020 estas irão representar uma das principais causas da morbilidade, mortalidade e incapacidade nas crianças de todo o mundo.

Esta etapa da vida, portanto, é considerada crítica para o início das doenças mentais, sendo que a metade dos indivíduos que virão sofrer de perturbações mentais ao longo da vida, vivenciam o primeiro episódio antes dos 18 anos (Kelly *et.al.*, 2011). Da mesma forma, estima-se que a prevalência das perturbações do foro mental na juventude, tais como depressão (com ideação suicida), abuso de substâncias (especificamente álcool), stress e ansiedade, perturbações alimentares (anorexia e bulimia) e as perturbações psicóticas (esquizofrenia) encontram-se entre 15 e 20% (Kelly, *et.al.*, 2011; Resende, *et.al.*, 2013; Loureiro *et.al.*, 2014).

Costuma-se dizer que “*são os jovens os que irão construir o futuro da sociedade*”, mas...:

- Como irão fazer tal tarefa tendo em conta o grande impacto das perturbações mentais no momento mais marcante do seu desenvolvimento?
- Como poderão construir o futuro da sociedade se a sua adolescência e desenvolvimento psicossocial não for bem-sucedido?

- Como serão capazes de ter uma vida prazerosa, assim como de ultrapassar as dificuldades da vida adulta com êxito, se desconhecem o funcionamento e o poder da mente?

A saúde mental dos jovens deve ser otimizada e potencializada e para tal efeito será indispensável desenvolver intervenções de saúde que tenham por base este objetivo.

1.2.2. Promoção de Saúde Mental

Promover a saúde mental nos jovens é considerado, portanto, uma prioridade absoluta, urgente e necessária. Para tal efeito deve-se melhorar a prestação de cuidados a todos os níveis de intervenção, especialmente no que diz respeito da promoção e prevenção da saúde mental. Intervenções a este primeiro nível irão permitir trabalhar na população jovem saudável, potenciar a sua saúde mental, melhorar as “defesas” biológicas e psicossociais que proporcionam proteção face ao impacto das doenças mentais, assim como proporcionar conhecimento sobre esta área da saúde e combater o estigma ainda presente na sociedade.

A prevenção e a promoção são frequentemente inseridas num único conceito: a prevenção primária. No entanto, isto pode dar lugar a confusões conceituais assim como à utilização incorreta deste termo (Lluch, 1999).

Alguns autores definem a prevenção de saúde mental como *“o conjunto de ações que têm como objetivo promover a saúde mental e reduzir o impacto das perturbações psiquiátricas na população atuando antecipadamente sobre as causas e circunstâncias que as produzem ou favorecem”* (Lluch, 1999). Esta definição considera a promoção da saúde como um dos objetivos da prevenção, no entanto estas duas intervenções têm objetivos diferentes pelo que devem ser entendidas por separado.

O objetivo da prevenção é evitar a doença, enquanto a promoção visa treinar os recursos e habilidades da população saudável com o objetivo de potenciar a sua saúde.

A promoção à saúde, portanto, *“procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e lidar com limitações impostas por eventuais doenças”* (Carvalho e Gastaldo, 2008). As ações próprias da promoção devem ser realizadas em distintos ambientes tais como a escola, o domicílio, o trabalho ou os coletivos comunitários, assim como estar orientadas para a potencialização das capacidades positivas dos seres humanos (Lluch, 1999).

Uma das técnicas básicas da promoção é a educação para a saúde positiva, isto é, transmitir informação e conhecimentos que permitam à pessoa adotar, por decisão própria, comportamentos e atitudes saudáveis, assim como, treinar habilidades pessoais específicas (Carvalho e Gastaldo, 2008). Esta educação deve fomentar atitudes que favoreçam o autocontrolo, a competência e a autoconfiança (Lluch, 1999).

O objetivo principal comum a todos os programas de promoção é, portanto, transmitir e treinar os conhecimentos de forma que a pessoa experimente um sentimento positivo e de controlo, permitindo-lhe melhorar o bem-estar pessoal, fomentar a capacidade de decidir e de atuar de forma autónoma. Nos últimos anos, este sentimento positivo de controlo sobre a própria pessoa, tem vindo a ser denominado empoderamento (ou *empowerment*), sendo este reconhecido como um indicador para avaliar resultados de intervenções de promoção numa determinada comunidade (Lluch, 1999; Carvalho e Gastaldo, 2008).

Assim, o empoderamento, reconhecido como uma das estratégias-chave da promoção, pode ser analisado desde duas perspetivas diferentes, dando resultado a dois tipos de empoderamento, o psicológico e o social (Carvalho e Gastaldo, 2008).

O empoderamento psicológico diz respeito às estratégias que visam fortalecer a autoestima, assim como a capacidade de adaptação ao meio no sentido de procurar desenvolver mecanismos de autoajuda e solidariedade no indivíduo.

Contudo, a promoção é uma responsabilização múltipla pelo que a aquisição de comportamentos saudáveis não irá depender unicamente da própria pessoa mas também da sociedade na qual esta está inserida. Tendo isto em conta, é desenvolvido o termo de empoderamento social ou comunitário. Este indica processos que visam promover a participação social no sentido de aumentar, por um lado, o controle sobre a vida, tanto por parte dos indivíduos como das comunidades, melhorar a eficácia política e a qualidade de vida, assim como promover justiça social e igualdade para todos os indivíduos independentemente do estatuto social (Carvalho e Gastaldo, 2008).

A SMP, portanto, tem um papel fundamental nas intervenções de promoção. A mente, assim como qualquer outro órgão do corpo humano, requer atenção e cuidados especiais que devem ser tidos em conta para a manter saudável ao longo de toda a vida. Neste sentido, julga-se que a realização de programas de promoção orientados para a SMP nos adolescentes iria proporcionar: literacia sobre saúde mental, orientação sobre o reconhecimento das próprias emoções, pensamentos e comportamentos, aprendizagem das características

psicossociais positivas que devem ser otimizadas e potencializadas, etc. Isto é, iria possibilitar uma participação mais ativa do jovem no que diz respeito à sua saúde mental.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 reflete esta necessidade de promover intervenções de atenção primária de saúde mental no sentido de *“reduzir o impacto das perturbações mentais e de contribuir para a promoção da saúde mental das populações”*, tanto nas adultas como nas jovens.

Assim, no que diz respeito à população jovem, este Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 promove a implementação das seguintes estratégias:

- Realizar programas de educação sobre saúde mental na idade escolar;
- Sensibilizar os professores;
- Prevenir a violência juvenil;
- Aconselhar crianças e adolescentes com problemas específicos;
- Prevenir o abuso de drogas, o suicídio e as perturbações do comportamento alimentar;
- Realizar programas de desenvolvimento pessoal e social.

Considera-se, portanto, que a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 iria permitir o desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental nos adolescentes, assim como obter ganhos de saúde consideráveis nesta população.

1.3. Saúde Mental Positiva

“A saúde mental positiva considera-se a capacidade de disfrutar da vida, lidar e afrontar favoravelmente eventos da vida, sentir-se bem emocionalmente, ter valores éticos, estar conectado socialmente, assim como, manter o respeito pela cultura, equidade, justiça e dignidade social.” (Sequeira, 2015).

1.3.1. Psicologia Positiva

O conceito de SMP tem as suas bases na Psicologia Positiva, uma vertente da psicologia que tem ganho destaque na última década. O seu objetivo principal consiste em amplificar as forças ou qualidades pessoais, em vez de focalizar a atenção nas fraquezas. Este movimento

positivo emerge como uma tentativa de romper com a psicologia tradicional e com a sua ênfase nos aspectos psicopatológicos, através da potencialização dos aspectos positivos presentes nos indivíduos (Nunes, 2007; Snyder e López, 2009).

A Psicologia Positiva, portanto, direciona os esforços para minorar os problemas sociais, incentiva o estudo dos fatores protetores e de risco; e promove e estimula a compreensão das emoções e dos traços positivos que devem ser estimulados para a resolução dos problemas (Nunes, 2007).

Entre os aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos, a psicologia positiva destaca a resiliência.

A palavra resiliência vem do latim “resílio (re-silio)”, que significa elástico (Noronha *et.al.*, 2009). Considera-se um termo relativamente novo na psicologia e faz referência à capacidade da pessoa de conseguir ultrapassar, superar ou adaptar-se positivamente às situações adversas (Yunes, 2003; Nunes, 2007; Noronha *et.al.*, 2009; Snyder e López, 2009). Alguns autores reivindicam que a utilização do termo “superação” para definir resiliência deve ser realizada num sentido dialético, pois as adversidades não são eliminadas no processo de resiliência, mas sim expostas a um processo de resignificação (Yunes, 2003; Pinheiro, 2004).

A seguinte tabela apresenta os processos-chave da resiliência segundo Walsh (2003):

Tabela 2: Processos-chave Resiliência

PROCESSOS-CHAVE DA RESILIÊNCIA		
SISTEMA DE CRENÇAS	PADRÕES DE ORGANIZAÇÃO	PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO
<p>1. Atribuir sentido à adversidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorização das relações interpessoais - Sentido de coerência das crises: como desafios administráveis - Percepção da situação de crise: crenças facilitadoras ou constrangedoras <p>2. Olhar positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa (ação) e perseverança - Coragem e encorajamento (foco potencial) - Esperança e otimismo: confiança na superação das adversidades - Confrontar o que é possível: aceitar o que não pode ser mudado <p>3. Transcendência e espiritualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valores, propostas e objetivos da vida - Espiritualidade: fé, comunhão e rituais - Inspiração: criatividade e visualização de novas possibilidades - Transformação: aprender e crescer através das adversidades 	<p>4. Flexibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para mudanças: reformulação, reorganização e adaptação - Estabilidade: sentido de continuidade e rotinas <p>5. Coesão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio mútuo e compromisso - Respeito das diferenças, necessidades e limites individuais - Forte liderança: prover, proteger e guiar crianças e membros vulneráveis - Busca de reconciliação e reunião em casos de relacionamentos problemáticos <p>6. Recursos sociais e económicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização da família extensa e da rede de apoio social - Construção de uma rede de trabalho comunitário - Construção de segurança financeira 	<p>7. Clareza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensagens claras e consistentes (palavras e ações) - Esclarecimentos de informações ambíguas <p>8. Expressões emocionais “abertas”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos variados são compartilhados (felicidade e dor; esperança e medo) - Empatia nas relações: tolerar diferenças - Responsabilidade pelos próprios sentimentos e comportamentos, sem busca do culpado - Interações prazerosas e bem-humoradas <p>9. Colaboração na solução de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de problemas, opções - “Explosão de ideias” com criatividade - Tomada de decisões compartilhada: negociação, reciprocidade e justiça - Foco nos objetivos: dar passos; aprender através dos erros - Postura positiva: prevenção de problemas, resolução de crises, preparação para futuros desafios

1.3.2. Modelo Multifactorial de Jahoda

Embora o início da Psicologia Positiva tivesse lugar a inícios do século XX, o conceito de SMP não foi definido até 1958.

Assim, Marie Jahoda (1958) foi a primeira pessoa em definir a SMP desde uma conceção multidimensional no documento monográfico: *“Current concepts of positive mental health”*. Este documento é considerado um ponto de referência essencial para a conceptualização e a abordagem da saúde mental através da perspetiva de promoção (Lluch, 1999).

A realização desta monografia tem a sua origem em Estados Unidos, quando em 1955 foi constituída a *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comissão Conjunta para a Doença e a Saúde Mental). O objetivo principal desta comissão foi desenvolver um estudo integral da saúde mental, sendo Jahoda a pessoa encomendada em investigar e aprofundar o conceito de SMP (Lluch, 1999).

Os resultados obtidos nos trabalhos realizados por esta comissão serviram de base para orientar novas políticas de saúde mental e para conceber o transtorno mental como um fenómeno multicausal. Da mesma forma, ressaltaram a necessidade de conhecer e identificar os fatores que contribuem para manter e potenciar a saúde mental no ser humano (Lluch, 1999).

Jahoda (1958) caracterizou a saúde mental como a condição positiva influenciada pelos recursos psicológicos e desejos que a pessoa tem de crescimento pessoal, e descreveu as características inerentes a uma pessoa mentalmente saudável (Snyder e López, 2009):

Uma atitude pessoal em relação a si que inclua autoaceitação, autoestima e auto percepção verdadeiras.

- A busca dos próprios potenciais;
- Pulsões direcionadas à personalidade;
- Identidade e valores que contribuam a uma sensação de autonomia;
- Perceções do mundo verdadeiras, em lugar de distorcidas, em função de necessidades subjetivas;
- Domínio do ambiente e da alegria no amor, no trabalho e na atividade lúdica.

Segundo estas características, Jahoda (1958) delineou o que iria denominar-se o modelo multifatorial do constructo de SMP. Assim, esta autora identificou seis fatores gerais (atitude

em relação a si mesmo, crescimento e autorrealização, integração, autonomia, percepção da realidade e o domínio do entorno) e 16 critérios específicos que descrevem estes fatores gerais.

O modelo de SMP elaborado por Jahoda (1958) é considerado um ponto de referência para todos os teóricos que consideram que a saúde mental vai mais além da ausência de distúrbio mental. A sua publicação proporcionou diretrizes no sentido de orientar “o diagnóstico” da saúde mental positiva assim como para guiar a criação de programas de intervenção com objetivos de potencializar os recursos e as habilidades pessoais (Lluch, 1999).

Porém, este modelo multifatorial, mesmo a ter gerado um elevado interesse nos investigadores da área, não foi traduzido em nenhuma ação prática até a década dos noventa.

1.3.3. Modelo Saúde Mental Positiva Lluch

Assim, quarenta anos após a publicação do trabalho de Jahoda (1958), Maria Teresa Lluch-Canut (1999) retomou este modelo multifatorial de SMP, com o intuito de dar-lhe continuidade e utilidade na prática clínica assistencial. A autora com base na análise do modelo de Jahoda criou o Cuestionário de Saúde Mental Positiva (CSM+) (abordado no enquadramento metodológico) o que a levou a definir um modelo de SMP diferente ao planteado inicialmente por Jahoda (1958).

Nesta continuidade, descrevem-se as características psicossociais, também conhecidas como fatores, que definem o constructo de SMP segundo Lluch (1999): satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e auto atualização e habilidades de relacionamento interpessoal.

Satisfação Pessoal

A satisfação pessoal diz respeito à valoração que a pessoa faz de si mesma e à atitude que esta tem consigo mesma e com a vida. Engloba quatro critérios específicos: o autoconceito, a autoestima, a satisfação com a vida e a perspetiva otimista do futuro.

O autoconceito, reflete a forma como a pessoa se concebe a si própria. É de carácter evolutivo, considera-se estável mas não imutável pois vai-se formando ao longo da vida da pessoa (Palacios e Zabala, 2009).

Este tem um aspeto descritivo pois a pessoa descreve os próprios aspetos pessoais (atributos físicos, características de comportamento, qualidades emocionais) reconhecendo as próprias capacidades e limitações (Palacios e Zabala, 2009).

Ter um autoconceito objetivo e ajustado com a realidade considera-se um indicador de SMP. Assim, para um autoconceito objetivo, a pessoa deve ter a habilidade de diferenciar entre o eu-real, o que realmente é, e o eu-ideal, o que gostava de ser. Desta forma, uma pessoa mentalmente saudável além de ter presente e de ser consciente do seu eu-real irá igualmente conservar um eu-ideal, o qual, sem o afastar da realidade, irá orientar-lhe para o crescimento pessoal (Lluch, 1999).

A autoestima, por outro lado, é um componente do autoconceito e diz respeito das emoções e afetos que acompanham a descrição da própria pessoa. Engloba sentimentos e emoções que a pessoa tem de si mesma, pelo que pode ser igualmente definida como amor-próprio ou auto valorização.

A autoestima, portanto, implica a aceitação global da própria pessoa, das suas virtudes e dos seus defeitos (autoaceitação). Esta irá influir na forma como a pessoa vê o mundo, reage ante ele e se relaciona com ele pelo que é considerada fundamental na saúde mental (Lluch, 1999).

Outros conceitos relacionados com a autoestima são a autoconfiança e auto dependência. A autoconfiança quer dizer que a pessoa se considera a si mesma forte, boa e capaz, enquanto a auto-dependência diz respeito da convicção de que a pessoa depende unicamente de si mesma e dos seus critérios (Lluch, 1999).

Palacios e Zabala (2009), no sentido de diferenciar os conceitos de autoconceito e autoestima, assinalam que, enquanto o primeiro faz referência à ideia que cada pessoa tem de si mesma (dos aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais), o segundo aponta para o apreço, estima e amor pela própria pessoa. Assim, segundo estes autores, o autoconceito alude à dimensão cognitiva ou percetiva e a autoestima à vertente afetiva ou avaliativa.

A satisfação com a vida, por outro lado, é considerada uma das dimensões (dimensão cognitiva) que integra a estrutura dupla do bem-estar subjetivo ou emocional (Lluch, 1999; Siqueira e Padovam, 2008; Snyder e López, 2009). Esta consiste numa sensação de contento e paz resultado da avaliação cognitiva que o indivíduo realiza entre as diferentes dimensões da sua vida (saúde, trabalho, residência, relações sociais, etc.) e os seus desejos, necessidades, realizações e conquistas existenciais (Snyder e López, 2009)

Por último, ter uma perspectiva otimista em relação ao futuro supõe esperar e acreditar que o futuro traga experiências e resultados favoráveis para o indivíduo. O otimismo é um produto de herança-ambiente, gera emoções positivas e é considerado um fator que influi positivamente em diversos aspetos da vida, entre eles a saúde (Lluch, 1999).

Assim, estar satisfeito com um próprio (autoconceito e autoestima), com a vida e com o futuro, são considerados bons preditores da satisfação global, assim como de saúde mental.

Atitude Pró-social

A atitude pró-social engloba uma atitude de ajuda e apoio para com os outros, a aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes, uma predisposição ativa para a sociedade e uma atitude altruísta.

Segundo Lluch (1999) ter uma atitude pró-social considera-se fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias.

A atitude é a tendência de responder ante um objeto social, situação ou pessoa. Não é considerada um comportamento, mas sim uma predisposição para a pessoa se comportar de um determinada maneira. Estas não são diretamente observáveis, mas é possível conhecê-las segundo o comportamento.

A pró-sociabilidade, por outro lado, tem como motivação básica beneficiar o outro de forma voluntária, sem pressões externas, e sem esperar recompensas materiais ou sociais (altruísmo). Esta pode ser manifestada mediante intenções, ações ou expressão verbal (Koller e Bernardes, 1997).

Os comportamentos e pensamentos pro-sociais tais como ajudar, compartilhar ou aceitar as diferenças sociais, modificam-se ao longo da vida, em função da presença e interação de aspetos do desenvolvimento humano tais como idades, motivações, características da personalidade e condições situacionais (Koller e Bernardes, 1997).

Ter predisposição para ajudar aos outros de forma voluntária ou altruísta, pensar nas necessidades dos outros para além das próprias, assim como conhecer, aceitar e respeitar que não todo o mundo pensa ou se comporta da mesma forma, são qualidades consideradas promotoras do crescimento pessoal. O ser humano é um ser social, vive em sociedade, pelo que é fundamental e necessário romper a borbulha do egocentrismo, do egoísmo e das crenças limitantes que o reduzem a um ser que só pensa nas próprias necessidades ou

desejos. O respeito pelos outros e a compaixão são fundamentais para relacionar-se de forma saudável e positiva com o ambiente e a sociedade.

Autocontrole

O autocontrole é o terceiro fator do modelo multifatorial de SMP delineado por Lluch (1999). Este apresenta os seguintes critérios específicos: equilíbrio emocional, capacidade para lidar ou gerir o stresse em situações de conflito e para tolerar a ansiedade ou o stresse.

Segundo Fujita (2011), autocontrole é a capacidade de regular a própria conduta mediante a inibição ou restrição de respostas ou impulsos, motivados por recompensas a curto prazo, no sentido de conseguir benefícios a longo prazo.

Além de monitorizar a conduta, o autocontrole permite igualmente regular os próprios pensamentos ou emoções. Com isto, ante situações de stresse, a pessoa antes de atuar impulsivamente, é capaz de observar a situação, ouvir os seus pensamentos, sentir as suas emoções e pensar quais os benefícios e prejuízos da reação que o nosso corpo ou mente deseja ter nesse determinado momento.

Assim, ter autocontrole implica não atuar segundo os impulsos ou instintos e ser conscientes dos nossos processos mentais e emocionais. Cada pessoa tem o poder do seu próprio corpo (ações, emoções, pensamentos, palavras, comportamentos, etc), no entanto, será preciso acreditar e ser consciente desta faculdade para a fortalecer mediante diferentes técnicas.

Autonomia

A autonomia é um dos fatores originais do modelo multifatorial de Jahoda (1958) que permanece igual nos termos da análise realizada por Lluch (1999). Esta faz referência à relação da pessoa com o seu ambiente e considera-se sinónimo de autodeterminação ou independência.

Segundo Lluch (1999) uma pessoa autónoma a nível pessoal será capaz de regular o próprio comportamento, de desenvolver critérios de decisão e de ter segurança pessoal ou autoconfiança.

A autonomia permite ao indivíduo comportar-se ou tomar decisões segundo os próprios valores, necessidades, crenças ou objetivos pessoais. A pessoa ganha independência em

relação ao mundo externo pelo que o comportamento e conduta tornam-se mais estáveis e menos flutuantes em relação às influências sociais ou ambientais.

Tomar decisões, por outro lado, supõe uma contínua discriminação consciente dos fatores ambientais, pessoais ou sociais que a pessoa deseja aceitar ou rejeitar. Implica autodirigir as próprias ações desde o autorrespeito e autoconfiança (Lluch, 1999; Jahoda, 1958).

Ser autónomo a nível pessoal permite uma participação ativa em todas as dimensões da vida para o qual é imprescindível desenvolver segurança e confiança pessoal. O indivíduo não depende dos outros para poder decidir ou atuar, o seu mundo interno é mais influente que o externo o qual lhe permite manter serenidade e felicidade em situações ambientais pouco favoráveis (Lluch, 1999). Assim, a pessoa não aceita automaticamente as influências, estereótipos ou normas sociais ou ambientais, mas sim as questiona, desenvolve uma opinião baseada nos próprios valores, crenças, objetivos pessoais ou necessidades e, segundo estes, irá comportar-se de forma a existir um equilíbrio entre as exigências sociais e os seus próprios critérios.

Tendo em conta a sua importância, é recomendado que a autonomia seja potenciada desde a infância no sentido da criança começar a desenvolver critérios pessoais, autoconfiança, seguridade pessoal e autorregulação da própria conduta que o ajudarão nas diversas etapas ao longo da vida. Da mesma forma, esta é considerada um dos objetivos principais da maior parte dos programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a nível psicológico (Lluch, 1999).

Resolução de Problemas e Realização Pessoal

Ao longo da vida todas as pessoas experienciam situações prazerosas e positivas, mas também frustrações e acontecimentos negativos que serão necessários solucionar ou ultrapassar no sentido de conseguir um funcionamento positivo em todas as esferas da vida.

Segundo Lluch (1999), este critério de SMP implica ter capacidade de análise e de tomar decisões, assim como de ser capaz de adaptar-se às mudanças e de ter uma atitude de crescimento pessoal.

A habilidade de resolver situações problemáticas que surgem nas diferentes facetas da vida (social, laboral, sentimental, etc.) implica tomar decisões que irão promover estratégias direcionadas à solução do conflito ou à adaptação da pessoa à nova situação. Estas estratégias dependem de cada indivíduo e são determinantes da sua saúde mental (Lluch, 1999).

Segundo Jahoda (1958) a resolução de problemas não deve estar focada unicamente no resultado final mas também no processo. Assim, esta autora define três aspetos que definem o processo idóneo a seguir na resolução satisfatória de problemas:

- Seguir uma sequência temporal das etapas que nos guiam à resolução: análise do problema busca de possíveis soluções, toma de decisões e implementação da solução (estratégia).
- Ter uma atitude e motivação favoráveis no processo de resolução. Se isto não acontecer, a solução dos problemas será realizada de forma incorreta com a consequente interrupção do processo mencionado no ponto anterior.
- Optar preferivelmente por afrontar os problemas de forma direta e não indireta. Por exemplo, se uma pessoa não gosta do trabalho a posição direta seria mudar de trabalho enquanto a indireta poderia ser encontrar atividades prazerosas no tempo livre.

Por outro lado, a realização pessoal ou auto atualização é imprescindível na resolução dos problemas e na adaptação às novas situações. Esta pode ser considerada como a força ou motor que gera o desejo de crescimento e superação pessoal (Lluch, 1999).

Habilidades de Relacionamento Interpessoal

Este último fator, mas não por isso menos importante, diz respeito à habilidade em estabelecer relações interpessoais nas quais a pessoa seja capaz de entender os sentimentos dos outros (empatia), de os apoiar emocionalmente e de estabelecer e manter relações interpessoais íntimas.

As habilidades de relacionamento interpessoal estão intimamente relacionadas com a atitude pró-social abordada anteriormente. Assim, uma pessoa que não apresenta uma predisposição ativa para o social ou uma atitude de ajudar aos outros, dificilmente irá ser capaz de prestar apoio emocional a outra pessoa, de entender como esta pessoa se sente e de estabelecer relações interpessoais íntimas satisfatórias.

Como referido, o ser humano é um ser social, e como tal encontra-se em contínua interação com os outros. As habilidades sociais permitem ao indivíduo transmitir e comunicar o que deseja, e de forma correta, à outra pessoa, assegurar-se de que o recetor entende a mensagem e adaptar a interação em função da resposta do interlocutor. Ter esta capacidade

de comunicação é fundamental para o desenvolvimento em diversos aspetos da vida, promove e favorece o bem-estar, a autoeficácia e permite receber reforço social (Lluch, 1999).

1.4. Aspetos que Interferem na Saúde Mental dos Adolescentes

Muitos dos comportamentos que irão perdurar na vida de uma pessoa são aprendidos predominantemente na adolescência. Nesta etapa da vida o indivíduo encontra-se à procura da sua identidade, de experimentar sensações novas, de ser aceite pelo grupo de pares, etc. o que faz com que seja mais vulnerável à adoção de comportamentos que possam comprometer a sua saúde, tanto a curto como a longo prazo (Carter *et.al.* 2007).

Os aspetos que influenciam e determinam a adoção de determinados tipos de comportamento pelo jovem podem ser classificados em individuais ou ambientais. Assim, adotar ou não um comportamento irá estar influenciado segundo as características próprias de cada pessoa, as fontes primárias de socialização do jovem: família, amigos e escola, e a interação que este estabelece com elas.

A família tem um papel fundamental no desenvolvimento sociocognitivo dos filhos sendo determinante ao nível da saúde e do bem-estar deles (Tomé, 2011). Esta é considerada o primeiro núcleo de socialização de qualquer indivíduo, pelo que os comportamentos observados nas figuras de identificação da criança (pais, irmãos, avós, tios), assim como a atitude adotada pela família frente aos comportamentos de risco, irá influenciar na adoção de novos comportamentos na adolescência. Por outro lado, o suporte afetivo, a supervisão parental e a boa comunicação entre pais e filhos irão promover na pessoa sentimentos de proteção no seio familiar assim como uma boa adaptação e ajustamento nas diferentes áreas da vida (Simões, Matos e Batista-Foguet, 2006; Tomé, 2011).

Em segundo lugar, o grupo de pares ganha muita importância na adolescência, sendo a integração e aceitação pelo grupo determinantes para o bem-estar psicológico do adolescente. Assim, na adolescência existe um afastamento gradual da família e a atenção do jovem passa a estar focalizada no grupo de pares. Nele, o jovem encontra apoio e consegue identificar-se com pessoas que se encontram na mesma situação que ele. Entre o grupo de pares existe uma partilha de sentimentos, emoções e interesses comuns o qual é fundamental para o bem-estar e ajustamento global do adolescente (Tomé, 2011).

Contudo, a opinião dos amigos passa a ter muita importância nas escolhas que o jovem realiza o que poderá contribuir tanto para a adoção de comportamentos saudáveis (desporto,

sucesso acadêmico, etc), como para o desenvolvimento de comportamentos de risco (consumo de substâncias, rebeldia, insucesso acadêmico, restrição alimentar, etc) (Tomé, 2011).

Por último, no que diz respeito ao impacto da escola na adoção de comportamentos, a existência de professores atentos, bem preparados e competentes, com os quais o indivíduo estabeleça uma boa relação, sentindo-se apoiado e suportado irão supor para o jovem uma forte fonte de proteção. Da mesma forma, uma boa relação entre o professor e o aluno irá promover uma atitude positiva em relação à escola o qual é uma fonte de bem-estar assim como um fator protetor ante os comportamentos desviantes (Simões, Matos e Batista-Foguet, 2006).

A família, amigos, colegas e professores, portanto, são os ambientes principais nos quais o adolescente irá observar e aprender diversos tipos de comportamentos. No entanto, existem outros contextos sociais nos quais o adolescente se encontra imerso, tais como a política e a comunidade, que irão igualmente influenciar o comportamento do jovem (Linley e Joseph, 2004).

Contudo, além das características ambientais, existem também características intrínsecas ao indivíduo, aspetos individuais, que irão ser determinantes no sentido de adotar, ou não, estes comportamentos aprendidos ou observados nos diferentes ambientes e relações sociais. Estes aspetos pessoais recebem os estímulos sociais e do entorno e os traduzem e interpretam em ações (Simões, Matos e Batista-Foguet, 2006).

Assim, a presença no indivíduo de uma história de adaptação positiva, uma vinculação segura na infância, relações positivas com os pares, estratégias emocionais de regulação eficazes, uma visão positiva de si (autoconfiança, autoestima, esperança, autoeficácia), características avaliadas positivamente pela sociedade ou pelo próprio (talentos, personalidade apelativa), boa inteligência e a capacidade de resolução de problemas, irão influenciar positivamente o desenvolvimento de comportamentos de saúde no adolescente e a rejeição de comportamentos de risco (Linley e Joseph, 2004).

1.4.1. Variáveis influentes

Como referido, a saúde mental é dependente da saúde geral, assim como de múltiplos aspetos individuais e ambientais. Desta forma, determinadas vivências, crenças,

comportamentos ou hábitos de vida podem representar uma ameaça (imediate ou futura) para a saúde mental do jovem.

Assim, tendo em conta que um dos objetivos deste trabalho é analisar a relação entre as experiências, hábitos de vida ou comportamentos e a SMP dos adolescentes, neste capítulo é identificado, segundo a bibliografia encontrada, o impacto da alimentação, do padrão de sono, do exercício físico, do uso de tecnologias, do consumo de substâncias psicoativas e da vivência de experiências negativas de vida na saúde geral e mental do jovem.

Alimentação

Devido ao contínuo crescimento físico e psicológico característico da adolescência, um aporte suficiente de nutrientes e o estabelecimento de hábitos de alimentação saudáveis irá ser crucial para o correto desenvolvimento do indivíduo, assim como para a prevenção de futuras complicações associadas a uma nutrição insuficiente (Cordeiro, 2009).

No que diz respeito ao efeito dos alimentos no desenvolvimento psicológico, estudos realizados em adolescentes estado-unidenses têm vindo a demonstrar uma relação direta entre uma nutrição insuficiente e os problemas do foro mental. Estes estudos evidenciaram que a insegurança alimentar nos adolescentes, conhecida como o acesso limitado a alimentos nutricionalmente adequados, é um marcador de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas tais como depressão, distímia, problemas de adaptação, abuso de substâncias e dificuldade de relacionamento com o grupo de pares (Ashiabi *et.al.*, 2007; Alaimo *et.al.*, 2001, 2002; Whitbeck *et.al.*, 2006, cit. em Salvo, Silver e Stein, 2016).

Ao chegar à puberdade, a pessoa adquire certa autonomia e liberdade a qual irá supor uma participação mais ativa em relação aos hábitos alimentares (Fricker, Dartois e Fraysseix, 1998). São vários os aspetos que influenciam a escolha do padrão alimentar no adolescente. Entre eles encontram-se os fatores externos, tais como as normas e valores sociais, as características da unidade familiar, os amigos, os sistemas de informação ou a *fast-food*, assim como os fatores internos, constituídos pelas necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, conhecimentos sobre nutrição, etc. (Vitolo, 2003).

O padrão alimentar, portanto, difere de pessoa para pessoa, no entanto existem características comuns desta etapa da vida como o recurso frequente a *snacks* e a omissão de refeições, especialmente o pequeno-almoço (Zapata *et.al.*, 2008; Moreno *et.al.*, 2005, cit. em Ferreira e Paul, 2011; Vitolo, 2003)

Alguns autores relacionam a omissão do pequeno-almoço à falta de tempo ou de fome à primeira hora do dia e afirmam, que omitir esta refeição na adolescência pode interferir com a aprendizagem, a cognição e o desenvolvimento físico, assim como, causar fadiga ao meio da manhã e promover o aumento de peso (Ferreira e Paúl, 2011).

Existe evidência científica sobre o efeito do pequeno-almoço na saúde mental do adolescente, entre a qual encontra-se o estudo realizado por O'Sullivan *et.al.* (2008). Estes autores demonstraram que a ingestão de nutrientes ao início do dia resulta em melhores resultados de saúde nos adolescentes.

Por último, o hábito de realizar refeições em família (cinco ou mais vezes por semana) tem sido relacionada com uma diminuição do risco de desenvolver problemas mentais ou comportamentais nos adolescentes. Segundo a literatura encontrada, as refeições em família facilitam o intercâmbio de ideais, a expressão de sentimentos ou preocupações vivenciadas pelo jovem, e promovem a resolução de problemas no seio familiar favorecendo o sentimento de proteção, apoio e coesão familiar (Goldfarb *et.al.*, 2015).

Sono

O sono ocupa um terço do tempo da vida de uma pessoa e desempenha um importante papel na manutenção do equilíbrio biológico do sistema nervoso central (SNC). A sua principal função biológica é restaurar o equilíbrio entre as diferentes partes do SNC evitando a disfunção progressiva da mente, a lentidão do pensamento e a exaustão neuronal. Além desta função, o sono também cumpre funções comportamentais (a falta de sono poderá provocar comportamentos anormais, tais como irritabilidade), funções de conservação de energia (o metabolismo basal diminui durante o sono) e funções somáticas (a hormona do crescimento, por exemplo, é produzida enquanto se dorme) (Pedrosa, Cruz e Pereira, 2004).

Particularmente nos adolescentes, um bom padrão de sono torna-se fundamental para o bem-estar emocional, mental e físico, assim como para a aprendizagem, a memória e o humor (Polos *et.al.*, 2015). Contudo, a maior parte dos adolescentes dorme menos do recomendado, sendo que em Portugal um terço dos jovens refere dormir menos de oito horas durante a semana (Matos *et.al.*, 2012).

Existem aspetos ambientais e individuais que poderão ter um impacto negativo no descanso do jovem. Relativamente aos aspetos ambientais, encontramos, o início especialmente cedo das aulas, o aumento do trabalho académico para casa que leva ao indivíduo a se deitar mais tarde, menor controlo parental nos horários e o aumento do tempo

empregado nas tecnologias (televisão ou telemóveis) antes de ir dormir (Wolfson e Carskadon, 1998; cit. por Shochat, Cohenzion e Tzischinsky, 2014; Polos *et.al.*, 2015)). Os condicionantes individuais, por outro lado, poderão ser o stresse, humor deprimido, elevado peso ou obesidade e o consumo de álcool, nicotina ou cafeína. (Tang *et.al.*, 2005; cit. por Shochat, Cohenzion e Tzischinsky, 2014).

O efeito de um sono insuficiente na saúde do adolescente tem sido investigado por diversos autores os quais evidenciaram que dormir pouco pode resultar numa diminuição da atividade física, nutrição insuficiente, obesidade (Stamakis e Brownson, 2008), maior resistência à insulina (Donga e Romijn, 2014), vulnerabilidade imunológica (Rogers, *et.al.*, 2001), diminuição da qualidade de vida (Paiva, Gaspar e Matos, 2015) e aumento da sonolência na condução de automóveis o que irá aumentar o risco de acidentes (Owens, 2014). Da mesma forma, um sono inadequado e não reparador está associado com faltas escolares (Hysing *et.al.*, 2015) insucesso académico, diminuição de uma atitude positiva frente à vida, alterações ao nível do humor e do comportamento, assim como o aumento do risco de suicídio (Li e Yi, 2015; Polos *et.al.*, 2015).

Além destas manifestações na saúde física e psicossocial do adolescente, a diminuição das horas de descanso, assim como os problemas relacionados com o sono, parece aumentar a utilização diária do computador (mais de três horas por dia) e a probabilidade de desenvolver determinados comportamentos de risco no futuro, particularmente o uso de substâncias psicoativas, nicotina e cannabis, acidentes de automóveis, violência física e pensamento suicida (McKington-Eily *et.al.*, 2011).

Por último, Shochat *et.al.* (2014) estabelecem a existência de uma relação recíproca entre um sono insuficiente, a saúde (somática e psicossocial) e o funcionamento diurno dos adolescentes. Assim, enquanto um sono inadequado pode levar a estados de depressão, a depressão e a ansiedade são, ao mesmo tempo, fortes preditores de um sono insuficiente. Da mesma forma, queixas somáticas, como dor, poderão aparecer como consequência de um descanso insuficiente, perturbando por sua vez o sono. Esta relação recíproca dá-se também em determinados comportamentos como pode ser o consumo de substâncias psicoativas. Os adolescentes poderão utilizar estas substâncias para mascarar os efeitos de um sono insuficiente (cansaço diurno e fadiga), no entanto este comportamento tende a resultar na inabilidade crónica de conseguir um descanso adequado.

Exercício Físico

A atividade física, conhecida como qualquer movimento resultado da contração esquelética que aumenta o gasto energético acima do repouso (Lazzoli *et.al.*, 1998), é considerada um fator promotor e protetor da saúde física e psicossocial dos adolescentes. (Ortega *et.al.* 2008; Janssen e LeBlanc, 2010; Campillo *et.al.*, 2008).

No que diz respeito à saúde física, um padrão regular de exercício físico (atividade física, planeada, sistemática e intencional) irá melhorar o perfil lípido e metabólico do adolescente (Lazzoli *et.al.*, 1998), assim como a densidade mineral dos ossos, aptidão aeróbica, força muscular, resistência e qualidade do sono (Janssen e LeBlanc, 2010).

O exercício tem também um papel preventivo no desenvolvimento de algumas doenças tais como hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade, cancro de mama, cancro de colon, cancro de próstata, osteoporose e dor crónica de costas, entre outros (Campillo *et.al.*, 2008).

Além destes benefícios, Lazzoli *et.al.* (1998) e Alves *et.al.* (2005) reconhecem que a promoção da atividade física nesta etapa da vida significa estabelecer uma base sólida para a redução da prevalência do sedentarismo na vida adulta.

Embora os efeitos mais visíveis sejam aqueles manifestados no corpo físico, a pessoa que pratica exercício também irá beneficiar-se dos seus efeitos na saúde psicológica e social. Assim, a atividade física promove a autoestima e melhoras do humor (Hallal *et.al.*, 2006; Ortega *et.al.*, 2008), a redução dos sintomas de ansiedade, stresse e depressão (Janssen e LeBlanc, 2010) e um maior rendimento académico (Ortega *et.al.*, 2008). Quando esta atividade física é integrada numa prática desportiva, irá igualmente contribuir para o desenvolvimento de autoconfiança, do diálogo interno e da capacidade para controlar as emoções frente a situações de stresse ou resiliência (White e Bennie, 2015).

Utilização das Tecnologias

O crescimento das novas tecnologias parece estar cada vez mais presente na vida dos jovens. Com isto, o tempo livre tem vindo a ser ocupado, na sua maioria, por comportamentos sedentários tais como ver a televisão, usar o computador ou jogar videojogos com uma consequente diminuição da atividade física e do relacionamento social (Matos *et.al.*, 2012).

No que diz respeito ao comportamento da população jovem portuguesa frente às tecnologias, Matos *et.al.* (2012) confirmam o seguinte:

Durante a semana 60,7% dos adolescentes portugueses vê televisão entre uma e três horas por dia e durante o fim-de-semana 55,9% emprega quatro ou mais horas neste comportamento.

Um 46,4% dos jovens jogam no computador meia hora ou menos por dia durante a semana e 43,2% joga entre uma a três horas dia durante o fim-de-semana.

Cerca da metade dos adolescentes utiliza o computador (para conversar, navegar na Internet ou enviar emails, para trabalhos de casa, etc.) entre uma a três horas por dia durante a semana e no fim-de-semana.

Estar à frente de um ecrã é considerado um comportamento sedentário e, como tal, está associado de forma negativa à atividade física. Isto quer dizer que algumas das repercussões na saúde, fruto do uso excessivo das tecnologias, poderão estar relacionadas com a falta ou diminuição de atividade física, como por exemplo: aumento de peso, problemas cardiorrespiratórios, aumento do colesterol sérico e tabagismo no início da idade adulta (Hancox *et. al.*, 2004).

Além destas implicações a nível físico, o abuso das tecnologias na adolescência, tem vindo a ser considerado como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade, na própria adolescência ou no início da vida adulta (Grontved *et.al.*, 2015; Maras *et.al.*, 2015), assim como para à diminuição do rendimento académico (Hancox *et.al.*, 2005) e níveis mais baixos de autoestima e de autoconceito (Suchert, Hanewinkel, Isensee, 2016).

Em relação ao uso dos telemóveis ou computadores antes de ir dormir, Polos *et.al.* (2015) evidenciaram um impacto negativo no descanso do adolescente assim como no funcionamento diário e sucesso académico. Uma das causas desta relação é explicada segundo um estudo recente que demonstra como a luz emitida por um ecrã à noite pode suprimir ou atrasar o sono *REM* (Chang *et.al.*, 2015).

Consumo Substâncias Psicoativas

As substâncias psicoativas atuam sobre o SNC tendo a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos do indivíduo que as consome. Em 2002, constatou-se que o 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de substâncias psicoativas (WHO, 2008).

Assim, o consumo de substâncias psicoativas, embora seja uma prática presente ao longo de toda a história da humanidade, é considerado um problema de saúde pública cada vez mais estendido nas sociedades modernas, principalmente nos grupos de jovens. O seu consumo reduz a percepção de risco o que promove a participação em atividades que podem comprometer a saúde.

Por outro lado, a imaturidade biológica do adolescente (metabolização hepática) e a imaturidade do seu sistema nervoso central (o córtex pré-frontal que participa na regulação das emoções só irá estar completo no final da adolescência), fazem com que estes jovens sejam mais vulneráveis ao efeito tóxico das substâncias e à dependência química (Estefenon e Moura, 2002).

No que diz respeito a Portugal, o Inquérito Nacional em Meio Escolar (2011) constatou que desde 2001 o consumo de álcool tem estado sempre a aumentar existindo um maior número de consumidores de cerveja nos alunos do 3º ciclo e um aumento contínuo e relevante do consumo de todas as bebidas alcoólicas no ensino Secundário. Os consumos atuais de outras drogas situam-se globalmente no 6%, sendo o *cannabis* a droga com percentagens mais relevantes no 3º ciclo e no Secundário.

Neste mesmo estudo, resultados referentes concretamente à Região Norte do país mostram que a prevalência de situações de embriaguez, de consumo de tabaco e de *cannabis* é inferior nesta zona demográfica se a comparamos com a média nacional dos mesmos (Feijão, 2011).

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada entre os adolescentes, embora o seu consumo seja permitido somente após os 18 anos (Paiv, *et.al.*, 2015). O padrão de consumo mais comum nos adolescentes é caracterizado por ser intermitente e pela ingestão de grandes quantidades de álcool, cinco ou mais doses em pouco tempo (*binge drinking*) (Paiva *et.al.*, 2015). Este tem lugar, normalmente, durante o fim-de-semana ou em ocasiões especiais, sendo um comportamento que é realizado junto do grupo de pares e socialmente aceite (Lacruz e Lacruz, 2010). Esta aceitação social faz com que o adolescente não reconheça este comportamento como um comportamento de risco o que torna mais difícil a substituição deste comportamento por outros mais saudáveis.

Existem fatores que podem influenciar o consumo de bebidas alcoólicas nesta faixa etária, tais como a necessidade de socialização, os relacionamentos com o sexo oposto, expectativas e crenças, assim como contextos familiares e sociais (Teevale *et.al.*, 2012; Paiva *et.al.*, 2015).

O álcool reduz o autocontrole e aumenta o risco para o comportamento antissocial, crime, mau desempenho escolar, violência interpessoal ou doméstica e lesões acidentais (Paiva *et.al.*, 2015). Da mesma forma, a ingestão intermitente de grandes quantidades de álcool (*binge drinking*) na adolescência, tem sido associada com uma maior probabilidade de desenvolver abuso ou dependência ao álcool na vida adulta, assim como de ter comportamentos violentos e de sofrer mortes prematuras (Grant *et.al.*, 2006)

Por outro lado, o consumo de tabaco e a sua consequente dependência à nicotina, também denominado tabagismo, é considerado pela WHO (2002) um dos mais importantes problemas de saúde pública a nível mundial. Assim, esta mesma organização estimou que um terço da população mundial é dependente da nicotina, assim como que um 50% dos jovens que experimentam tabaco ou derivados tornam-se fumadores na vida adulta. O início do consumo de tabaco em idades precoces, portanto, resulta numa dependência maior e mais forte à nicotina (U. S. Department of Health and Human Services, 2008).

O uso recreativo de *cannabis* nos adolescentes tem-se tornado quase tão comum como o tabaco (Hall, 2014). A forma de consumo mais estendida, assim como a mais eficiente para conseguir os efeitos desejados (aumento da sociabilidade, euforia e sentimento de bem-estar acompanhado de risos,) é a fumada (Silva e De Deus, 2005; Hall, 2014). Estes efeitos são produzidos pelo principal princípio ativo desta substância: o 9-tetrahidrocanabidol (THC) e variam segundo a quantidade da substância consumida, a personalidade de cada indivíduo e a tolerância à substância.

No entanto, além destes efeitos “prazerosos”, existe evidência científica sobre outros efeitos a curto e longo prazo considerados prejudiciais, tanto para saúde física como para a psicossocial. Estes efeitos, apresentados a continuação, aumentam quando o consumo é regular/diário e o início tem lugar na adolescência (Hall, 2014; Passaroti *et.al.*, 2015; Lubman, Cheetham e Yücel, 2015):

- Maior probabilidade de vir a desenvolver síndrome de dependência (este risco esta associado a um de cada dez consumidores regulares de cannabis e a um de cada seis que começaram o consumo na adolescência);
- Risco elevado de experimentar sintomas psicóticos e distúrbios mentais (ansiedade, depressão, transtorno antissocial de personalidade e esquizofrenia), especialmente se a pessoa tem história familiar de psicoses e se o início do consumo é realizado na adolescência;

- Mau rendimento acadêmico e baixos níveis de escolaridade;
- Maior probabilidade de consumir outras drogas ilícitas;
- Comportamento agressivo e antisocial;
- Aumento da irritabilidade;
- Deterioração cognitiva (memória, atenção, tomada de decisões, etc.)

Por último, relativamente ao uso de psicofármacos durante a adolescência, este deve estar clinicamente justificado, isto é, ir ao encontro de algum tratamento relacionado com um distúrbio mental devidamente diagnosticado (Moreira *et.al.*, 2014). O diagnóstico, portanto, deve ser realizado tendo em conta as características próprias da adolescência e da pessoa, pois haverá sintomas que, embora sejam identificados como próprios de uma doença mental, poderão ser devidos à intensa modificação multidimensional que caracteriza esta faixa etária (Galvão e Abuchaim, 2001).

Experiências Negativas de Vida

As experiências adversas ou negativas da vida durante a infância e juventude estão relacionadas com uma maior probabilidade de vir a desenvolver alguma patologia de foro mental ou um funcionamento psicossocial disfuncional na vida adulta (Chapman *et.al.*, 2004; Wu *et.al.*, 2010).

Em primeiro lugar, a violência intrafamiliar é aquela que tem lugar dentro do lar, sendo este o núcleo principal de formação da criança, e pode ocorrer de diversas formas (física, psicológica, sexual ou negligência).

O seio familiar é o núcleo social principal de aprendizagem da criança onde esta irá aprender aquilo que observa nos seus modelos de identificação, os seus pais ou cuidadores. Desta forma, a família deve garantir proteção, acolhimento e apoio necessários para permitir o completo desenvolvimento físico, mental e espiritual da criança (Costa e Souza, 2002). A violência intrafamiliar, portanto, é considerada um importante preditor de problemas de saúde, tanto físicos como mentais, na vida adulta (Springer *et.al.*, 2007).

No que diz respeito à saúde mental, a violência que ocorre nos primeiros anos de vida tem sido associada com níveis inferiores de bem-estar psicológico, com sentimentos e emoções negativas (Greenfield e Marks, 2010), e com problemas comportamentais e relacionais ao longo da vida (Egeland *et.al.*, 2002). Da mesma forma, a violência intrafamiliar trata-se de um

fator especialmente stressante para a criança e, como tal, segundo Wright (2011) e Bonfim *et.al.* (2015), poderá influir no desenvolvimento de asma.

Outro dos núcleos principais de aprendizagem e socialização da criança é a escola. Aqui, a criança poderá vivenciar algum tipo de violência, comumente conhecida como *bullying*. Segundo a WHO (2002), o *bullying* pode ser definido como qualquer comportamento que supõe o uso intencional de poder ou força física, seja esta real ou ameaça, contra um mesmo ou outra pessoa, assim como contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento negativo ou privação na vítima.

Este comportamento agressivo costuma ter um padrão de repetição e ocorre quando existe um desequilíbrio de poder entre o agressor e a vítima (Olweus, 2013). São muitas as crianças e jovens afetados por este tipo de comportamento, cuja prevalência varia entre 9% e 54% segundo o estudo e o país (Vanderbilt e Augustyn, 2011).

Este abuso de força ou poder pode ser realizado de forma direta ou indireta. O *bullying* direto envolve tanto agressões físicas (bater, roubar, ameaçar com uma arma, etc.) como verbais (insultar, humilhar em público, intimidar, etc.) e é o mais utilizado pelos rapazes. O indireto, por outro lado, inclui a rejeição ou exclusão social, ignorância, etc. e é mais frequente no sexo feminino (Vanderbilt e Augustyn, 2011).

O *bullying* tem efeitos significativamente negativos e duradouros nas dimensões psicológicas, emocionais, sociais e físicas da pessoa, tanto no agressor como na vítima (Vanderbilt e Augustyn, 2011). Desta forma, a probabilidade de uma pessoa ser diagnosticada com um problema psiquiátrico no início da vida adulta é significativamente maior se a pessoa já foi vítima de *bullying* ou agressor (*bully*). (Nansel *et.al.* 2004; Vanderbilt e Augustyn, 2011)

Assim, o *bullying* poderá ter consequências a longo prazo na vítima, tanto psicossociais como psicossomáticas. Entre elas, destacam-se o mau rendimento ou insucesso académico (Rothon *et.al.*, 2011), desenvolvimento de psicose ou depressão no início da vida adulta (Vanderbilt e Augustyn, 2011), baixa autoestima e satisfação vital (Vanderbilt e Augustyn, 2011; Povedano *et. al.*, 2011), maior probabilidade de consumo de substâncias, como é o tabaco, *cannabis* ou álcool (Radliff *et.al.*, 2012; Azagba, 2016) e problemas de sono (Gini, 2009)

Outra das experiências que a criança poderá vivenciar ao longo do seu crescimento e desenvolvimento é a separação ou o divórcio parental, o qual é cada vez mais comum na

nossa sociedade (Feldhaus e Heintz-Martin, 2015). Esta irá afetar de uma forma ou outra à criança devido à mudança dos roles familiares, à afetação emocional dos pais que poderá influenciar o cuidado prestado aos filhos, à ausência de um dos progenitores no crescimento e desenvolvimento diário da criança, etc.

Existem diversos estudos que analisam o impacto da separação marital na criança quando comparados com crianças cujos pais continuam juntos. Os resultados destes estudos apontam para uma maior probabilidade de insucesso académico (Sun e Li, 2001; Frisco, Muller e Frank, 2007), de ter problemas comportamentais na escola, de apresentar níveis inferiores de autoestima (Sun e Li, 2001) e de consumir substâncias psicoativas (Tavares, Béria e Silva de Lima, 2004) nas crianças/adolescentes afetados pela separação marital. No entanto, cada situação é diferente e tudo irá depender de como os pais lidam com a separação, qual a idade dos filhos, a atenção e apoio prestado aos mesmos, etc.

Porém, a separação dos pais não deve ser vista unicamente com um acontecimento negativo pois, embora se trate de uma alteração na vida da criança e possa ter repercussões biopsicossociais nela, haverá situações nas quais seja necessário tomar esta decisão no sentido de propiciar um ambiente familiar calmo, pacífico e respeitoso que promova o desenvolvimento positivo dos filhos.

Por último, a morte de um ser querido irá provocar sentimentos de negação, de raiva e de tristeza até chegar à fase da aceitação. Toda perda implica uma grande superação para o indivíduo que a sofre pois terá de por em prática estratégias adaptativas que o ajudem a ultrapassar e aceitar este acontecimento (Melo, 2014).

2. ENQUADRAMENTO METODOLOGICO

Na fase metodológica, o investigador traça o caminho que deseja percorrer, isto é, estrutura qual o desenho de estudo mais pertinente de maneira a dar resposta as questões de investigação planeadas e de ir ao encontro dos objetivos estabelecidos (Fortin, 2009).

Ao longo deste capítulo é caracterizado e definido o tipo de estudo que guiou este trabalho de investigação, assim como a amostra, o instrumento utilizado, as variáveis em estudo, o procedimento da colheita de dados, o tratamento dos dados e as considerações éticas tidas em conta ao longo de todo o processo de investigação.

2.1. Tipo de Estudo

De forma a concretizar os objetivos planeados neste trabalho de investigação, optou-se pela realização de um estudo quantitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal.

Segundo Fortin (2009), a investigação quantitativa está orientada para os resultados e para a sua generalização, podendo ser caracterizada como descritiva, correlacional ou experimental, segundo o objeto de investigação e do fim perseguido. Aquela considerada descritiva limita-se à definição, sem intervenção, das características de uma população ou fenómeno sobre o qual existe pouca ou nenhuma informação (Fortin, 2009). Tendo em conta que até agora não foi realizado nenhum estudo em Portugal que avaliasse a SMP dos adolescentes, optou-se por este tipo de estudo: o descritivo.

Contudo, como referido na introdução, embora o fim principal do trabalho seja a análise descritiva da SMP dos adolescentes, foram efetuadas igualmente análises comparativas no sentido de enriquecer o trabalho e concretizar dois dos objetivos secundários.

Atenda-se ainda que a natureza do estudo é transversal devido à recolha dos dados ter sido realizada num único momento, sem existir qualquer seguimento no tempo e “(...) servindo para medir a prevalência de um acontecimento ou de um problema num dado momento” (Fortin, 2009).

2.2. População e Amostra

A população alvo numa investigação é “(...) o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009). Aceder a todos os elementos da população alvo considera-se praticamente impossível na maioria dos casos, pelo que esta população alvo passa a ser reduzida à população disponível.

Nesta investigação, a população alvo compreende todos os adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos. No entanto, devido à impossibilidade de aceder a todos estes elementos, a população disponível é composta por todos os adolescentes que se encontrem a frequentar o 3º Ciclo Básico (7º, 8º e 9º ano) e o Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) das escolas inseridas no Programa de Saúde Escolar da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

Uma vez identificada a população acessível deve-se proceder à escolha do processo de amostragem, mediante o qual se irá obter um subgrupo denominado amostra. Este subgrupo deve representar fielmente a população em estudo (Fortin, 2009).

O tipo de amostra utilizado neste trabalho é não probabilístico com recurso à técnica de amostragem acidental a qual é caracterizada por incluir elementos na amostra segundo a sua presença num local determinado e num preciso momento (Fortin, 2009). Assim, a amostra foi constituída por aqueles adolescentes que, no dia e no momento da avaliação, se encontravam na aula e na turma na qual tinha sido agendada uma sessão do Programa de Saúde Escolar da ULSM.

No total foram recolhidos 329 questionários.

2.3. Instrumento

Qualquer investigação, a fim de encontrar respostas ao problema ou questões planeadas, deverá recorrer a instrumentos de recolha de dados. De acordo com Fortin (2009), a escolha do método é feita segundo as variáveis que pretendem ser analisadas e a estratégia de análise estatística considerada.

Tendo em conta o domínio desta dissertação e o tipo de estudo escolhido, o instrumento utilizado para a recolha de dados é constituído por um questionário de autopreenchimento, denominado “Questionário de Saúde Mental Positiva do Adolescente”(Anexo 1). Este é estruturado da seguinte forma:

- Texto introdutório
- Parte I “Questões gerais”
- Parte II “Questionário de Saúde Mental Positiva - QSM+”

No texto introdutório é identificada a finalidade do questionário, o seu caráter confidencial, voluntário e anónimo, assim como a importância de responder com informação real e sincera.

Posteriormente, dá-se início à primeira parte, denominada “Questões gerais”. Esta apresenta um total de dezoito perguntas cujo objetivo é recolher informação sobre características sociodemográficas e familiares, experiências negativas de vida, saúde, hábitos de vida e comportamentos. As perguntas apresentadas são, na sua maioria, questões fechadas: dicotómicas ou de escolha múltipla.

Uma vez completada esta primeira parte, apresenta-se o “Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)” (Sequeira *et.al.*, 2014) o qual visa recolher informação relativa à SMP dos adolescentes. O QSM+ é o resultado da tradução ao português do “Cuestionario de Salud Mental Positiva” (CSM+) construído por Lluch-Canut (1999) com base no modelo multifatorial de Jahoda (1958).

Como referido no enquadramento teórico, o modelo multifatorial de SMP proposto por Jahoda (1958) serviu como referencial teórico para muitos autores, no entanto, não teve qualquer utilidade prática. Assim, quarenta anos depois, Lluch (1999) decidiu construir um questionário que possibilitasse aos profissionais de saúde medir este constructo de SMP na população geral, assim como avaliar a eficácia de programas de promoção de saúde mental.

A construção deste instrumento teve lugar ao longo de três etapas. Na primeira, a autora começou por definir conceptualmente os fatores gerais da SMP propostos por Jahoda (1958) e os critérios específicos de cada um deles. Na segunda, de forma a definir os itens que iriam compor o instrumento, Lluch realizou uma análise exaustiva de todos os instrumentos já existentes que avaliassem conceitos relacionados com este constructo ou com qualquer dos seis fatores gerais que a integram. Por último, na terceira etapa, procedeu-se à análise das propriedades psicométricas do CSM+ (Lluch, 1999, 2002, 2003).

No desenvolver do seu trabalho, a citada autora delineou um novo modelo de SMP baseado nos resultados obtidos nas suas investigações e diferente ao apresentado por Jahoda (1958). Este novo modelo delineou a estrutura fatorial do CSM+ (Lluch, 1999):

Tabela 3: Constructo de SMP e CSM+.

CONSTRUCTO SAÚDE MENTAL POSITIVA				CSM+	
MODELO JAHODA (1958)		MODELO LLUCH (1999)		Nº ITENS	LÍMITE SUPERIOR/ INFERIOR
F1	Atitude em relação a si mesmo	Satisfação pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconceito / Autoestima - Satisfação com a vida pessoal - Perspetiva otimista de futuro 	4,6,7,12,14,31 38,39	8/32
F2	Crescimento e autorrealização	Atitude pro-social	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposição ativa para o social / para a sociedade - Atitude social “altruísta” / Atitude de ajuda-apoio para com os outros - Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes 	1,3,23,25,37	5/20
F3	Integração	Autocontrolo	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para o enfrentamento do stress / de situações conflituosas - Equilíbrio emocional / controlo emocional - Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress 	2,5,21,22,26	5/20
F4	Autonomia	Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade para ter critérios próprios - Independência - Autorregulação da própria conduta - Segurança pessoal/ confiança em si mesmo 	10,13,19,33, 34	5/20
F5	Perceção da realidade	Resolução de problemas e autorrealização	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de análise - Habilidade para tomar decisões - Flexibilidade/ capacidade para entender os sentimentos dos outros - Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal 	15,16,17,27, 28,29,32,35, 36	9/36
F6	Domínio do entorno	Habilidades de relação interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidade para estabelecer relações interpessoais - Empatia/ capacidade para entender os sentimentos dos outros - Habilidade para dar apoio emocional - Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas. 	8,9,11,18,20, 24,30	7/28
PONTUAÇÃO GLOBAL DO CSM+ (limite superior/inferior)				39/156	

Contudo, como referido, o questionário utilizado neste trabalho de investigação é aquele traduzido e adaptado à população portuguesa por Sequeira *et.al.* (2014) o qual obteve resultados que fornecem evidência para a fidelidade, validade de conteúdo e validade de critério quando utilizado em amostras de população adulta portuguesa. Assim, neste processo de avaliação psicométrica do CSM+ na população portuguesa, a estrutura fatorial proposta por Lluch (1999, 2002, 2003) sofreu modificações dando lugar à estrutura final do QSM+ (versão portuguesa). As diferenças entre a estrutura final do CSM+ (Lluch, 1999, 2002, 2003) e a do QSM+ (Sequeira *et.al.*, 2014) são apresentadas na seguinte tabela:

Tabela 4: Distribuição itens versão espanhola (CSM+) e versão portuguesa (QSM+).

FATORES	CSM+	QSM+	
		Items	Límite superior/inferior
F1: Satisfação pessoal	4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	4, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	8/32
F2: Atitude pró-social	1, 3, 23*, 25*, 37*	1, 3, 24*	3/12
F3: Autocontrolo	2, 5, 21, 22, 26	2, 5, 21, 22, 26	5/20
F4: Autonomia	10, 13, 19, 33, 34	10, 13, 19, 33, 34, 35*	6/24
F5: Resolução de problemas e realização pessoal	15, 16, 17, 27, 28, 29, 32, 35*, 36	11*, 15, 16, 17, 23*, 25*, 27, 28, 29, 32, 36, 37*	12/48
F6: Habilidades de relação interpessoal	8, 9, 11*, 18, 20, 24*, 30	8, 9, 18, 20, 30	5/20
SAÚDE MENTAL POSITIVA			39/156

Legenda: *Items que sofreram alterações

A estrutura final do QSM+ ficou delineada como se observa na Tabela 4, sendo que os únicos fatores que não sofreram modificações na adaptação do CSM+ à população portuguesa foram a satisfação pessoal e o autocontrolo. A versão utilizada para definir os fatores da SMP neste trabalho de investigação será a estrutura do QSM+.

Os itens que constituem o QSM+ tratam-se de afirmações que dizem respeito à forma de pensar, sentir e agir que podem ser frequentes na pessoa e que estão relacionadas com os seis fatores que integram a SMP: satisfação pessoal, atitude pro-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e auto atualização e habilidades de relacionamento interpessoal (Lluch, 1999, 2003; Sequeira *et.al.*, 2014)).

As respostas de cada item são apresentadas numa escala de Likert a qual alude à frequência com que cada afirmação acontece na vida do indivíduo. Assim, o sujeito deverá

responder segundo a frequência que melhor caracteriza o seu caso: “Sempre ou quase sempre”, “Na maioria das vezes”, “Algumas vezes” e “Raramente ou nunca”.

Estes 39 itens aparecem formulados de forma positiva (19) ou de forma negativa (20). Os itens enunciados negativamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37. Assim, segundo o item for negativo ou positivo, as respostas apresentadas na escala de Likert terão pontuações ou valores diferentes (Lluch 1999, 2003; Sequeira *et.al.* 2014):

Tabela 5: Pontuação das respostas nos itens positivos e negativos no QSM+.

RESPOSTAS	ITENS POSITIVOS	ITENS NEGATIVOS
“Sempre ou quase sempre”	1	4
“Na maioria das vezes”	2	3
“Algumas vezes”	3	2
“Raramente ou nunca”	4	1

Desta forma, a obtenção de valores inferiores no somatório global do QSM+ irá estar relacionada com níveis superiores de SMP (limite superior é 39) ou com estados de *flourishing*, enquanto a obtenção de valores superiores traduz-se em níveis inferiores de SMP (limite inferior é 156) ou em estados de *languishing* (Tabela 4). O mesmo acontece com a pontuação relativa a cada um dos fatores que compõem este constructo. Assim, entende-se que a pontuação obtida no somatório global do QSM+ é inversamente proporcional à SMP.

Tendo em conta que o QSM+ é o resultado da validação do CSM+ na população adulta portuguesa e que a população em estudo deste trabalho de investigação é maioritariamente composta por indivíduos menores de idade, foram tomadas as seguintes ações: validação conceitual do instrumento por um grupo de peritos e a realização de um pré-teste nos elementos mais jovens da população alvo. O procedimento de cada uma destas ações tomadas será devidamente explicado no subcapítulo de procedimento.

2.4. Variáveis

De acordo com Fortin (2009), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos ou situações que são estudadas numa investigação.

Neste trabalho de investigação são estudadas um total de vinte e três variáveis. Para que estas variáveis possam ser analisadas é fundamental que sejam mensuráveis, o qual exige a sua operacionalização. Assim, de acordo com o instrumento utilizado neste trabalho, na seguinte tabela apresentam-se os indicadores que operacionalizam as variáveis da primeira parte do questionário, “Questões Gerais”, assim com o tipo das mesmas:

Tabela 6: Variáveis Parte I –Questões gerais

VARIÁVEL	INDICADORES	TIPO DE VARIÁVEL
Escola	Nome da escola	Qualitativa nominal
Idade	Numérico	Quantitativa contínua
Ano	7º, 8º, 9º, 10º, 11º e 12º	Quantitativa ordinal
Sexo	Feminino Masculino	Qualitativa nominal dicotómica
Relação com os pais	Muito boa Boa Normal Má Muito Má	Qualitativa nominal
Agregado familiar	Mãe Pai Irmãos Avós Outros (especificar)	Qualitativa nominal
Experiências negativas de vida	Agressão ou violência (física ou verbal) no núcleo familiar; Bullying na escola ou fora da escola; Morte de um familiar; Separação dos pais; Outros (especificar); Nenhuma	Qualitativa nominal
Problema de saúde	Não Sim (especificar)	Qualitativa nominal dicotómica
Visita ao psicólogo/psiquiatra	Não Sim (especificar)	Qualitativa nominal dicotómica
Consciência da importância da alimentação na saúde mental	Não	Qualitativa nominal dicotómica

	Sim	
Refeições habituais	Pequeno-almoço Almoço Lanche Jantar Ceia	Qualitativa nominal
Refeições em família	Não Sim (especificar)	Qualitativa nominal dicotômica
Horas de descanso	Menos de 7 horas 8 horas Mais de 8 horas	Qualitativa nominal
Exercício físico regular	Não Sim (especificar nº horas)	Qualitativa nominal dicotômica
		Quantitativa contínua (nº de horas)
Utilização de tecnologias (televisão, jogar videojogos, telemóvel, computador)	Menos de 1 hora Entre 2 e 3 horas por dia Mais de 3 horas	Qualitativa nominal
Experimentação de substâncias psicoativas	Álcool Tabaco Cannabis Psicofármacos Nunca consumi nenhuma substância; Outros (especificar)	Qualitativa nominal

Relativamente à segunda parte do questionário, o QSM+, as variáveis em estudo se correspondem com os fatores da SMP, operacionalizados mediante os itens que compõem o QSM+ e as suas respetivas respostas (Lluch, 1999, 2003; Sequeira *et.al.*, 2014):

Tabela 7: Variáveis Parte II – QSM+.

NOME VARIÁVEL(tipo)	COMPONENTES	INDICADORES
F1 SATISFAÇÃO PESSOAL (Quantitativa contínua)	<p><u>Item 4:</u> Gosto de mim como sou</p> <p><u>Item 6:</u> Sinto-me capaz de explodir</p> <p><u>Item 7:</u> Para mim a vida é aborrecida e monótona</p> <p><u>Item 12:</u> Vejo o meu futuro com pessimismo</p> <p><u>Item 14:</u> Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam</p> <p><u>Item 31:</u> Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada</p> <p><u>Item 38:</u> Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)</p> <p><u>Item 39:</u> Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico</p>	<p><u>ITEMS POSITIVOS:</u></p> <p>Sempre ou quase sempre: 1</p> <p>Na maioria das vezes: 2</p> <p>Algumas vezes: 3</p> <p>Raramente ou nunca: 4</p> <p><u>ITEMS NEGATIVOS:</u></p>
F2 ATITUDE PRO- SOCIAL (Quantitativa contínua)	<p><u>Item 1:</u> Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas</p> <p><u>Item 3:</u> Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas</p> <p><u>Item 24:</u> Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros</p>	<p>Raramente ou nunca: 1</p> <p>Algumas vezes: 2</p> <p>Na maioria das vezes: 3</p> <p>Sempre ou quase sempre: 4</p>
F3 AUTOCONTROLO (Quantitativa contínua)	<p><u>Item 2:</u> Os problemas boqueiam-me facilmente</p> <p><u>Item 5:</u> Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas</p> <p><u>Item 21:</u> Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos</p> <p><u>Item 22:</u> Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida</p> <p><u>Item 26:</u> Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal,</p>	

<p>F4</p> <p>AUTONOMIA</p> <p>(Quantitativa contínua)</p>	<p><u>Item 10</u>: Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim</p> <p><u>Item 13</u>: As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões</p> <p><u>Item 19</u>: Preocupa-me que as pessoas me critiquem</p> <p><u>Item 33</u>: Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais</p> <p><u>Item 34</u>: Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)</p> <p><u>Item 35</u>: Sou capaz de dizer não quando o quero dizer</p>	
<p>F5</p> <p>RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</p> <p>(Quantitativa contínua)</p>	<p><u>Item 11</u>: Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas</p> <p><u>Item 15</u>: Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo</p> <p><u>Item 16</u>: Procuro retirar os aspetos positivos das coisas “más” que me acontecem</p> <p><u>Item 17</u>: Procuro melhorar como pessoa</p> <p><u>Item 23</u>: Penso que sou uma pessoa digna de confiança</p> <p><u>Item 25</u>: Penso nas necessidades dos outros</p> <p><u>Item 27</u>: Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me</p> <p><u>Item 28</u>: Perante um problema sou capaz de solicitar informação</p> <p><u>Item 29</u>: As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano são estimulam-me</p> <p><u>Item 32</u>: Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes</p> <p><u>Item 36</u>: Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis</p> <p><u>Item 37</u>: Gosto de ajudar os outros</p>	

<p>F6</p> <p>HABILIDADES RELACIONAMENTO INTERPESSOAL</p> <p>(Quantitativa contínua)</p>	<p><u>Item 8:</u> Para mim é difícil dar apoio emocional</p> <p><u>Item 9:</u> Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas</p> <p><u>Item 18:</u> Considero-me um (a) bom/boa conselheiro(a)</p> <p><u>Item 20:</u> Considero-me uma pessoa sociável</p> <p><u>Item 30:</u> Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores</p>	
---	--	--

Por último a variável principal deste trabalho, a SMP, trata-se de uma variável quantitativa métrica contínua, a qual é operacionalizada mediante o somatório dos valores obtidos em cada um dos itens que compõem o QSM+, ou mediante o somatório dos valores atingidos em cada um dos seus fatores

2.5. Procedimento

Antes de proceder à recolha de dados, como referido anteriormente, considerou-se necessário e pertinente proceder à validação conceitual do instrumento por um grupo de peritos e à realização de um pré-teste nos elementos mais jovens da amostra. Os objetivos principais destes dois procedimentos foram:

- Avaliar e analisar a adequação dos termos utilizados à população em estudo;
- Conhecer a opinião de peritos na área de saúde mental, na adolescência, sobre a estrutura e conteúdos do instrumento utilizado e,
- Identificar possíveis dúvidas ou problemas na compreensão do significado das perguntas do questionário ou dos termos utilizados.

A validação conceitual, em primeiro lugar, foi realizada por um total de sete peritos: um médico pedopsiquiatra e seis enfermeiros especializados em saúde mental e psiquiatria, sendo que um deles trabalha exclusivamente com adolescentes. A comunicação com os peritos foi estabelecida no início do mês de Fevereiro de 2016, mediante o envio de um correio eletrónico onde foi apresentado o investigador principal, o orientador, o tema, âmbito e

objetivos de investigação, bem como o motivo de proceder à validação conceitual do instrumento.

Os peritos mostraram-se especialmente acessíveis e colaborantes. O feedback recebido foi positivo tanto em relação ao tema em estudo, como ao instrumento utilizado e aos conceitos empregados no mesmo. Alguns deles julgaram não ser necessário realizar alterações, enquanto outros propuseram uma série de propostas as quais são sintetizadas a continuação:

- Parte I: foi proposto mudar na pergunta número 8, o termo de “separação parental” por “separação dos pais”, assim como, diferenciar, nesta mesma pergunta, a “Violência no núcleo familiar” em verbal ou física. Esta diferenciação dos tipos de violência não foi realizada devido a não ser considerado relevante para este estudo.

Por outro lado, um dos peritos sugeriu adicionar uma pergunta aberta no fim desta primeira parte: “Há alguma informação que consideres relevante relativamente à tua saúde (física ou mental)?” no sentido de deixar ao jovem um espaço livre para especificar algum aspeto específico sobre a sua saúde. Esta sugestão considerou-se pertinente pelo que foi adicionada à parte I, constituindo a decimo oitava e última pergunta desta primeira parte. Houve, igualmente, propostas e correções a nível gramatical, as quais foram todas tidas em conta.

- Parte II: foi sugerido esclarecer as emoções (tristeza, raiva, ansiedade, desprezo, etc.) e pensamentos negativos (não sirvo para nada, não vou conseguir, ninguém gosta de mim, etc.) nos itens 5 e 21, no sentido de ajudar ao jovem a esclarecer o que se pretende com estas duas questões.

Por outro lado, no item número 9 “Tenho dificuldade em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas” foi sugerido identificar as pessoas. No entanto, para realizar esta alteração seria necessário dividir o item 9 em várias perguntas o que iria acabar por modificar a estrutura fatorial do QSM+. Em relação ao item 34 “Quando tenho de tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro” foi igualmente proposto especificar quais as decisões, no entanto, esta alteração foi igualmente rejeitada devido a alterar a estrutura fatorial do QSM+.

Uma vez finalizada a validação conceitual do instrumento pelos peritos, procedeu-se à realização de um pré-teste nos elementos mais jovens da amostra no sentido de conhecer possíveis dificuldades na compreensão do instrumento, defeitos no questionário, o tempo de preenchimento.

Segundo Fortin (2009) o pré-teste é uma prova que consiste em verificar a eficácia e o valor de um questionário, na sua versão preliminar, junto de uma amostra reduzida (10-20 pessoas) da população alvo. Assim, o seu objetivo consiste em identificar problemas ou perguntas que justifiquem a modificação da redação ou a alteração na estrutura do instrumento.

Este pré-teste foi realizado no dia 23 de Fevereiro de 2016, nos alunos de uma das turmas de 7º ano da Escola 1 (N=21). O investigador esteve presente em todo momento para responder e esclarecer possíveis dúvidas, assim como para ter uma melhor perceção das dificuldades demonstradas. O preenchimento do questionário teve uma duração de vinte e cinco minutos, superior à esperada. Isto pode ser explicado devido à dificuldade em conseguir um ambiente calmo, sossegado e de trabalho que facilitasse o preenchimento individual e impedisse a partilha de informação entre os jovens na realização do pré-teste.

Ao longo destes vinte e cinco minutos foi levantada uma única pergunta de carácter conceitual. Esta pergunta dizia respeito do item 29 do QSM+ “As alterações que ocorrem no meu quotidiano estimulam-me”. O jovem que realizou a pergunta apresentava dificuldade em perceber o significado de “estimulam-me” no contexto da frase. Esta dúvida foi devidamente esclarecida e, no fim, o jovem referiu ter percebido a explicação e, portanto, o significado do item.

No sentido de conhecer se algum outro elemento apresentava dúvidas, uma vez finalizado o preenchimento perguntou-se a todos os participantes se tinham tido alguma dificuldade em relação às questões do questionário. A resposta foi negativa, pelo que não foi considerada necessária a modificação de nenhum dos itens ou questões.

Sendo que não foi realizada nenhuma modificação no instrumento trás a realização do pré-teste, estes 21 jovens passaram a formar parte da amostra.

2.6. Recolha de dados

Uma vez decidido o tema em estudo, assim como a população alvo, procedeu-se a contactar com a ULSM. Desta forma, foi estabelecido o contato com a equipa de saúde escolar da ULSM e decidiu-se agendar uma reunião para contextualizar o estudo e analisar a possibilidade de o desenvolver nas escolas desta Unidade Local de Saúde.

Nesta primeira reunião, o investigador explicou qual o estudo a desenvolver, os objetivos, a população alvo, o instrumento de recolha de dados e o tempo disponível. Uma vez finalizada

a contextualização do estudo, as responsáveis da saúde escolar julgaram tratar-se de um tema de investigação interessante e de grande utilidade na prática, pelo que optou-se pela sua inserção no Programa de Saúde Escolar da ULSM.

Assim, foi estabelecido um compromisso entre o investigador e as enfermeiras da ULSM. A equipa de saúde escolar resolveu inserir a investigação no seu Programa de Saúde Escolar, facilitando ao investigador o acesso à população em estudo, enquanto o investigador comprometeu-se com a partilha dos resultados obtidos (tanto com a equipa de saúde escolar como com os professores das escolas) de forma a permitir que estes possam orientar o planeamento de futuros programas de saúde mental nas escolas inseridas na ULSM, assim como, informar e direccionar as estratégias de educação utilizadas pelos professores.

A recolha de dados teve uma duração cerca de dois meses (desde o 23 de Fevereiro até o 30 de Abril). Neste tempo, o investigador esteve presente unicamente no pré-teste e na primeira avaliação, devido, fundamentalmente, à organização e disponibilidade da equipa de saúde escolar da ULSM. Assim, esta optou por realizar o preenchimento do Questionário de Saúde Mental Positiva no Adolescente nos últimos 15 minutos das sessões do Programa de Saúde Escolar (saúde dentária, sexualidade, etc.) previamente agendadas.

As avaliações foram realizadas em duas escolas públicas situadas no norte de Portugal.

2.7. Análise dos dados

De acordo com Fortin (2009), “uma vez recolhidos os dados, é preciso organizá-los tendo em vista a sua análise.” Com isto, no sentido de começar a trabalhar a fase empírica e tendo em conta as características da investigação e dos dados recolhidos, procedeu-se à organização dos dados mediante a criação de uma base de dados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na sua 23.0 versão.

Devido aos dados terem sido recolhidos em versão papel, sem grelha de preenchimento com leitura ótica, foi necessário proceder à sua edição na base do SPSS, especialmente criada para este efeito. Cada questionário foi codificado no sentido de os localizar, se necessário, ao longo do processo de investigação.

Uma vez com a base de dados pronta, procedeu-se à análise descritiva e inferencial dos mesmos mediante o programa estatístico SPSS. A análise descritiva, segundo Fortin (2009) é utilizada nos estudos descritivos e correlacionais e serve para resumir os dados por meio de medidas de tendência central e de dispersão. A análise inferencial, por outro lado, vai mais

além da descritiva e serve para generalizar os resultados de uma amostra ao conjunto da população mediante a utilização de testes paramétricos e não paramétricos (Fortin, 2009)

Contudo, antes de proceder à análise dos dados, optou-se por excluir aqueles questionários que não tivessem a Parte II, QSM+, 100% completo. Esta decisão foi tomada no sentido de não alterar o resultado global do QSM+, isto é, o resultado referente à SMP. Assim, das 329 avaliações realizadas, foram descartados 53 casos ficando uma amostra de 276 adolescentes

2.8. Considerações éticas

Finalmente, antes de passar à fase empírica do estudo, é necessário abordar as considerações éticas que foram tidas ao longo de todo o processo de investigação.

De acordo com Fortin (1999) *“qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”*. Desta forma, é fundamental que o investigador, ao longo de todo o processo de investigação, tenha sempre presente os princípios e direitos fundamentais que regulam a investigação com seres humanos.

Nesta investigação foram respeitados os cinco direitos humanos fundamentais determinados pelos códigos de ética (Fortin, 1999):

- Direito a autodeterminação: Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria, isto é, todo ser humano tem o direito de decidir livremente se deseja participar ou não numa investigação. Este direito é apresentado no texto introdutório do questionário: *“A tua participação é muito importante para este estudo mas, se por qualquer razão, não quiseres participar, tens todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a tua atenção.”*

- Direito à intimidade: Toda investigação com seres humanos supõe uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos. Assim, este direito faz referência à liberdade do sujeito que participa numa determinada investigação de decidir sobre a extensão da informação, assim como o dever do investigador de proteger o anonimato da pessoa e salvaguardar a confidencialidade dos dados recolhidos. Este direito é igualmente apresentado no texto introdutório do instrumento: *“Assegura-se a absoluta confidencialidade dos dados em todo momento”*. Por outro lado, além do instrumento utilizado ser anónimo, todos os questionários preenchidos foram armazenados e organizados num local seguro.

- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: “*Este corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem*” (Fortin, 1999). Devido a não existir intervenção direta nos sujeitos, a única proteção contra o desconforto ou prejuízo neste estudo estaria relacionado com o mau uso dos dados recolhidos, o qual é igualmente assinalado no texto introdutório: “*Os dados recolhidos têm apenas utilidade estatística, isto quer dizer que não existem respostas corretas ou incorretas e que nenhum dos estudantes será identificado*”.

- Direito a um tratamento justo e equitativo: Este refere-se ao direito que a pessoa tem de ser informado sobre a natureza, o fim, os métodos utilizados e a duração da investigação para a qual é solicitado a sua participação. Estes dados são identificados, igualmente, no texto introdutório do instrumento utilizado “*Os dados recolhidos têm apenas utilidade estatística (...)*”

Devido à investigação ter sido inserida no Programa de Saúde Escolar da ULSM, não foi necessária a obtenção de autorizações por parte das escolas, pois este programa já está autorizado para trabalhar e intervir nesta população.

Por outro lado, sempre que é utilizado um instrumento cuja autoria pertence a outro autor é imperativo pedir autorização ao mesmo antes de proceder à sua utilização. Desta forma, foi solicitada autorização ao detentor dos direitos do QSM+ em Portugal a qual foi aceite (Anexo 2).

Considera-se, por fim, que este estudo de investigação teve em conta todos os pressupostos éticos, morais e deontológicos que devem orientar a investigação em Enfermagem.

3. RESULTADOS

Neste capítulo são expostos os resultados obtidos mediante a análise dos dados ao longo da fase empírica desta dissertação. A sua discussão será, contudo, realizada no próximo capítulo.

3.1. Análise Descritiva

Segundo Fortin (1999), a análise descritiva tem como objetivo resumir os dados por meio de medidas de tendência central e de dispersão.

Assim, nesta secção é realizada a caracterização sociodemográfica dos participantes mediante o estudo das variáveis idade, sexo, ano escolar e escola, assim como a análise do resto das variáveis referentes à parte I do instrumento.

Em segundo lugar, apresenta-se a análise descritiva do QSM+, isto é, da SMP e fatores, assim como das respostas aos itens que integram cada uma destes fatores.

3.1.1. “Questões Gerais”

Caraterização sociodemográfica

A amostra em estudo ficou constituída por participantes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos (Amplitude (A)=8 anos), sendo a idade média 15,02 anos (Desvio Padrão (DP) =2,12).

Na tabela seguinte são apresentados dados referentes às frequências (N) e percentagens (%) das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica:

Tabela 8: Caracterização sociodemográfica.

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA		N	%
Sexo	Feminino	150	56,6%
	Masculino	115	43,4%
	Total	265	100%
Idade Fases da Adolescência	12-13 (fase inicial)	66	24,1%
	14-16 (fase média)	133	48,5%
	17-20 (fase final)	75	27,4%
	Total	274	100%
Ano escolar	7 ^º	55	19,9%
	8 ^º	18	6,5%
	9 ^º	102	37%
	10 ^º	24	8,7%
	11 ^º	46	16,7%
	12 ^º	31	11,2%
	Total	276	100%
Escola	Escola 1	255	92,4%
	Escola 2	21	7,6%
	Total	276	100%

Como pode-se observar, a proporção de adolescentes de sexo feminino (N=150, 56,6%) foi superior à do sexo masculino (N=115, 43,4%) e o ano escolar prevalente na amostra foi o 9º ano (N=102, 37%).

Por outro lado, quando agrupadas as idades em intervalos, segundo as fases da adolescência propostas por Breinbauer e Maddaleno (2005), foi identificada como fase predominante aquela compreendida entre os 14 e os 16 anos (N=133, 48,5%).

Relação Parental

No que diz respeito à relação do adolescente com os seus pais, obtiveram-se resultados marcadamente positivos. Assim, mais de metade da amostra, 54,3% (N=150), caracterizou esta relação como “Muito boa”, o 28,3% (N=78) como “Boa”, o 14,9% (N=41) como “Normal” e um 0,4% (N=1) como “Má”. Nenhum dos participantes, portanto, indicou uma relação “Muito má” com os pais.

Agregado Familiar

Relativamente ao agregado familiar, este foi analisado sob a perspectiva de coabitação, ou seja, se o adolescente vive com os dois progenitores (mãe e pai), só com a mãe ou só com o pai, ou com nenhum. Com isto, foi verificado que mais da metade da amostra vivem com os

dois progenitores (N=186; 67,4%), mais de um quarto da amostra vive só com a mãe ou só com o pai (N=78; 28,3%) e a restante amostra não tem nenhum dos seus pais presentes no núcleo familiar (N=11, 4%).

Experiências Negativas de Vida

Outra das variáveis estudadas neste trabalho foram as experiências negativas de vida: *bullying*, violência física ou verbal dentro do núcleo familiar, separação dos pais e morte de um familiar. A análise das mesmas é apresentada na seguinte tabela:

Tabela 9: Experiências negativas de vida.

EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS DE VIDA		N	%
Violência no núcleo familiar	Sim	51	18,5%
	Não	225	81,5%
	Total	276	100%
Bullying	Sim	94	34,1%
	Não	182	65,9%
	Total	276	100%
Morte de um familiar	Sim	170	61,6%
	Não	106	38,4%
	Total	276	100%
Separação dos pais	Sim	77	27,9%
	Não	199	72,1%
	Total	276	100%

Assim, é possível identificar como a morte de um familiar é a experiência negativa com maior taxa de incidência na amostra em estudo, sendo que mais da metade dos adolescentes (N=170, 61,6%) referiram ter vivenciado a perda de um familiar alguma vez na sua vida. De seguida, encontramos que o *bullying*, dentro ou fora da escola, foi vivenciado em 94 (34,1%) adolescentes, a separação dos pais em 77 (27,9%) e a violência no núcleo familiar em 51 (18,5%).

Problemas de Saúde

Cerca de 72,1% da amostra referiu não ter problemas de saúde. No entanto, entre as doenças especificadas por quem referiu ter algum problema de saúde (27,9%), aquela que apresentou maior frequência foi a asma (N=21, 7,6%), seguido de problemas de visão (N=18, 6,5%) e de alergias (N=13, 4,7%). Os problemas de saúde referentes à saúde mental (ansiedade ou depressão) foram identificados por quatro adolescentes (1,4%).

Visita ao Psicólogo ou Psiquiatra

Relativamente às visitas ao psicólogo ou psiquiatra, foi constatado que quase a metade da amostra (N=116, 42%) realizou pelo menos uma visita a estes especialistas alguma vez na sua vida.

Alimentação

No instrumento de colheita de dados foram realizadas duas perguntas referentes à alimentação. Em primeiro lugar, perguntou-se aos participantes se consideravam a alimentação importante para a saúde mental e, em segundo lugar, se durante a semana costumavam realizar refeições junto da família.

Em relação à primeira pergunta, “Consideras a alimentação importante para a saúde mental?” o “sim” foi a resposta maioritária (N=259, 93,8%). Quanto à segunda pergunta, o 80,1% da amostra referiu realizar refeições junto da família durante a semana, das quais o jantar foi a refeição com maior prevalência.

Horas de descanso

No que concerne à variável sono ou descanso, foi constatado que mais da metade dos adolescentes (N=158, 57,2%) descansam um total de oito horas. Contudo, no resto de participantes observou-se um maior número de respostas relativas a um descanso inferior a sete horas (N=68, 24,6%) do que superior a oito horas (N=44, 15,9%).

Exercício Físico

Mais da metade dos participantes (N=147, 53,3%) referiram realizar exercício físico regular durante a semana. Por outro lado, relativamente ao número de horas semanais dedicadas ao exercício, a média foi de 5,09 horas, com um máximo de 18 horas semanais e um mínimo de uma hora (A=17, DP=3,11).

Utilização Tecnologias

No que diz respeito ao número de horas diárias empregadas nas tecnologias (ver televisão, jogar videojogos, utilizar o computador ou telemóvel), 126 (45,7%) dos jovens referiram um uso situado entre duas e três horas, 94 (34,1%) um uso inferior a uma hora por dia e 49 (17,8%) mais de três horas.

Experimentação de Substâncias Psicoativas

A experimentação de substâncias psicoativas é a última pergunta da Parte I do instrumento e a sua análise permitiu constatar que o 41,3% (N=114) dos participantes nunca consumiu substâncias psicoativas. Tendo em conta estes dados, entende-se que a percentagem de adolescentes que já consumiu alguma substância é superior à de aqueles que nunca consumiram, o que significa que este comportamento de risco já foi experimentado em mais da metade da amostra (N=156, 56,6%).

A continuação apresenta-se uma tabela com dados referentes às frequências de experimentação das substâncias psicoativas analisadas nos adolescentes:

Tabela 10: Consumo substâncias psicoativas.

EXPERIMENTAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS		N	%
Álcool	Sim	149	54%
	Não	127	46%
	Total	276	100%
Tabaco	Sim	98	35,5%
	Não	178	64,5%
	Total	276	100%
Cannabis	Sim	24	8,7%
	Não	252	91,3%
	Total	276	100%
Psicofármacos	Sim	4	1,4%
	Não	272	98,6%
	Total	276	100%

Na Tabela 10 identifica-se que, da experimentação de substâncias psicoativas, o álcool é a que apresenta uma maior prevalência nos adolescentes.

A experimentação de uma única substância foi identificada em 63 adolescentes (22,8%) dos quais, 56 (20,3%) referiram consumo de álcool e 7 (2,5%) de tabaco. Contudo, os restantes adolescentes que indicaram ter consumido alguma substância ao longo da sua vida referiram ter experimentado mais do que uma.

Na seguinte tabela são expressas as percentagens referentes à experimentação de mais de uma substância nos adolescentes. As substâncias aparecem agrupadas de forma associada, isto é, as percentagens dizem respeito aos jovens que referiram ter experimentado álcool e tabaco, álcool e tabaco e cannabis, álcool e tabaco e psicofármacos, álcool e tabaco e cannabis e psicofármacos:

Tabela 11: Consumos associados de substâncias psicoativas.

CONSUMOS ASSOCIADOS	N	%
Álcool + Tabaco	65	23,6%
Álcool + Tabaco + <i>Cannabis</i>	22	8%
Álcool + Tabaco + Psicofármacos	3	1,1%
Álcool + <i>Cannabis</i>	2	0,7%
Álcool + Tabaco + <i>Cannabis</i> + Psicofármacos	1	0,4%
Total	93	33,8%

Assim, verifica-se que o 33,8% dos adolescentes que referiram ter experimentado alguma vez substâncias psicoativas, já experimentaram mais do que uma substância.

3.1.2. “Questionário de Saúde Mental Positiva – QSM+”

Saúde Mental Positiva

A SMP constitui a variável principal do trabalho e a sua análise foi possível mediante a criação de uma variável no programa SPSS resultado da soma da pontuação de cada uma das respostas obtidas nos itens do QSM+.

No QSM+, a SMP pode obter valores compreendidos entre 39 (valor máximo) e 156 (valor mínimo), sendo que quanto maior for o valor obtido menor será o nível de SMP.

A média da SMP nos adolescentes resultou ser 70,72 (DP=13,58) com valores compreendidos entre 42 (máximo) e 119 (mínimo), não sendo atingido nem o limite superior (39) nem o inferior (156) da escala.

No sentido de categorizar os resultados da SMP, isto é, de atribuir significado qualitativo aos valores obtidos, procedeu-se à criação de intervalos tendo em conta o conceito de saúde mental proposto por Keyes (2002, 2007). Assim, conforme referido no enquadramento teórico, este autor defende a saúde mental como um *continuum*, isto é, um processo no qual a pessoa ao longo da sua vida oscila entre estados completos de saúde mental, *flourishing*, estados intermédios e estados incompletos ou de *languishing*. Posto isto, optou-se pela criação dos seguintes intervalos:

- Valores compreendidos entre 39 e 78: *flourishing*
- Valores compreendidos entre 79-117: intermédio
- Valores compreendidos entre 118-156: *languishing*

Apresenta-se a continuação uma tabela com dados referentes à SMP tendo em conta a categorização estabelecida.

Tabela 12: Níveis SMP.

NÍVEIS SAÚDE MENTAL POSITIVA	N	%
Nível alto ou <i>Flourishing</i> (resultados entre 39-78)	207	75%
Nível intermédio (resultados entre 79-117)	68	24,6%
Nível baixo ou <i>Languishing</i> (resultados entre 118-156)	1	0,4%

Observa-se, portanto, que o 75% dos adolescentes da amostra apresentam níveis altos ou estado completos ou *flourishing* de SMP.

Fatores Saúde Mental Positiva

Para a análise dos fatores que integram a SMP procedeu-se, em primeiro lugar, à identificação das medidas de tendência central e de dispersão de cada fator e, em segundo lugar, ao estudo e análise dos itens do QSM+ mediante a avaliação das respostas obtidas em cada um deles. Esta segunda análise, mais específica, será realizada mediante a aglutinação dos itens segundo o fator ao qual pertencem.

Relativamente à interpretação dos valores obtidos em cada um dos seis fatores (média e score médio), esta é realizada da mesma forma que com a variável SMP, isto é, quanto mais elevado for o valor obtido, mais baixo será o nível do respetivo fator e vice-versa.

A continuação apresenta-se uma tabela explicativa com os dados referentes à análise descritiva dos fatores:

Tabela 13: Fatores SMP.

FATORES SAÚDE MENTAL POSITIVA	Límite inferior/superior	x	DP	Score médio	Mínimo	Máximo
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	32/8	13,57	4,79	1,7	32	8
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	12/3	4,78	1,52	1,59	12	3
F3: AUTOCONTROLO	20/5	10,83	3,02	2,17	18	5
F4: AUTONOMIA	24/6	11,14	3,32	1,86	24	6
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL	48/12	21,58	5,31	1,8	40	12
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	20/5	8,83	2,46	1,77	15	5

Legenda: x=média, DP=desvio padrão

Na tabela apresentada, observa-se como os valores da média dos fatores em estudo resultaram estar mais próximos do limite superior do que do inferior, o qual indica resultados positivos.

Mediante a interpretação dos scores médios obtidos em cada um dos fatores (realizada da mesma forma que com os resultados da SMP: quanto mais alto for o valor obtido menor será o nível do fator e vice-versa) pode-se afirmar que o fator que apresenta níveis superiores na população em estudo é a atitude pró-social (Score Médio=1,59) e aquele com níveis inferiores é o autocontrolo (Score Médio=2,17).

Por outro lado, como se observa na Tabela 13, nos fatores autocontrolo, resolução de problemas e habilidades de relacionamento interpessoal não foram atingidos os valores limites inferiores de cada um deles, o que será outro aspeto a ter em conta na caracterização positiva dos fatores em estudo.

A continuação é realizada uma análise mais específica de cada um dos fatores mediante o estudo das respostas a cada um dos 39 itens que do QSM+.

Assim, no sentido de facilitar a compreensão, são apresentadas tabelas com os itens agrupados segundo o fator ao qual pertencem e os dados relativos à frequência e percentagem das respostas obtidas em cada um deles. Os dados ressaltados nas tabelas dizem respeito às respostas que apresentam maior incidência nos diferentes itens.

Tabela 14: Satisfação pessoal.

F1: SATISFAÇÃO PESSOAL									
RESPOSTAS	ITEMS	Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
4. Gosto de mim como sou		137	49,6%	71	25,7%	50	18,1%	18	6,5%
6. Sinto-me capaz de explodir		36	13%	44	15,9%	122	44,2%	74	26,8%
7. Para mim a vida é aborrecida e monótona		7	2,5%	17	6,2%	105	38%	147	53,3%
12. Vejo o meu futuro com pesimismo		10	3,6%	14	5,1%	73	26,4%	179	64,9%
14. Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam		18	6,5%	19	6,9%	62	22,5%	177	64,1%
31. Penso que sou um inútil e que não sirvo para nada		13	4,7%	14	5,1%	54	19,6%	195	70,7%
38. Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)		25	9,1%	19	6,9%	82	29,7%	150	54,3%
39. Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico		30	10,9%	27	9,8%	88	31,9%	131	47,5%

Como identificado na Tabela 14, as respostas dos itens pertencentes a este primeiro fator, foram maioritariamente positivas. Contudo, os itens “Sinto-me capaz de explodir” e “Sinto-me insatisfeito com o meu aspeto físico” obtiveram uma frequência de resposta negativa elevada, 13% e 10,9% respetivamente, quando comparada com as respostas negativas dos outros itens.

Por outro lado, “Sinto-me capaz de explodir” obteve como resposta prevalente “Algumas vezes” (44,2%), sendo este o único item da satisfação pessoal cuja resposta predominante não é a totalmente positiva.

Tabela 15: Atitude pró-social.

F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL								
RESPOSTAS \ ITEMS	Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Para mim é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das minhas	8	2,9%	20	7,2%	121	43,8%	127	46%
3. Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	6	2,2%	14	5,1%	48	17,4%	208	75,4%
24. Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	10	3,6%	36	13,0%	111	40,2%	119	43,1%

Tal como é possível constatar na Tabela 15, sendo que os três itens deste fator estão formulados de forma negativa, a resposta predominante nos três foi aquela considerada mais positiva: “Raramente ou quase nunca”. Contudo, o item 24 foi aquele que obteve maior frequência de respostas negativas.

Tabela 16: Autocontrolo.

F3: AUTOCONTROLO								
RESPOSTAS \ ITEMS	Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Os problemas bloqueiam-me facilmente	15	5,4%	47	17,0%	130	47,1%	84	30,4%
5. Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	55	19,9%	84	30,4%	103	37,3%	34	12,3%
21. Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	88	31,9%	78	28,3%	72	26,1%	38	13,8%
22. Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida	75	27,2%	104	37,7%	80	29%	17	6,2%
26. Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal	73	26,4%	118	42,8%	77	27,9%	8	2,9%

Relativamente ao autocontrolo, segundo os dados apresentados na Tabela 16, o item com piores resultados é o número cinco: “Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas”. Assim, pode-se verificar que este item obteve como resposta predominante “Algumas vezes” (37,3%) o qual indica certa dificuldade em controlar as emoções negativas na população em estudo. Por outro lado, quase metade dos adolescentes (N=130, 47,1%) assinalaram sentir-se algumas vezes bloqueados pelos problemas.

Tabela 17: Autonomia.

F4: AUTONOMIA									
RESPOSTAS	ITEMS	Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
10. Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim		29	10,5%	42	15,2%	103	37,3%	102	37%
13. As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar decisões		11	4,0%	24	8,7%	138	50%	103	37,3%
19. Preocupa-me que as pessoas me critiquem		26	9,4%	36	13%	109	39,5%	105	38%
33. Tenho dificuldade em ter opiniões pessoais		8	2,9%	26	9,4%	67	24,3%	175	63,4%
34. Quando tenho de tomar decisões importantes ficou muito inseguro(a)		26	9,4%	57	20,7%	125	45,3%	68	24,6%
35. Sou capaz de dizer não quando o quero dizer		156	56,5%	56	20,3%	41	14,9%	23	8,3%

No que concerne aos itens do quarto fator, autonomia, os dados apresentados na Tabela 17 mostram que o item que obteve maior incidência de respostas positivas foi o número 33, “Tenho dificuldade em ter opiniões pessoais”, e 35, “Sou capaz de dizer não quando o quero dizer”. Em relação aos outros quatro itens observa-se que a resposta comum a todos eles foi “Algumas vezes” sendo o item 13, “As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar decisões”, o que apresentou uma percentagem maior nesta resposta (N=138, 50%).

Por outro lado, o item com maior percentagem de respostas negativas foi “Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim” sendo que o 10,5% da população respondeu “Sempre ou quase sempre”.

Tabela 18: Resolução de problemas e realização pessoal.

F5: RESOLUÇÃO PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL								
RESPOSTAS \ ITEMS	Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
11. Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	74	26,8%	93	33,7%	94	34,1%	15	5,4%
15. Sou capaz de tomar decisões por mim mesmo	159	57,6%	85	30,8%	27	9,8%	5	2%
16. Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem	70	25,4%	93	33,7%	82	29,7%	31	11,2%
17. Procuro melhorar como pessoa	185	67%	65	23,6%	19	6,9%	7	3%
23. Penso que sou uma pessoa digna de confiança	210	76,1%	49	17,8%	14	5,1%	3	1,1%
25. Penso nas necessidades dos outros	94	34,1%	106	38,4%	59	21,4%	17	6,2%
27. Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	122	44,2%	107	38,8%	42	15,2%	5	1,8%
28. Perante um problema sou capaz de solicitar informação	80	29%	114	41,3%	70	25,4%	12	4,3%
29. As alterações que ocorrem no meu quotidiano estimulam-me	40	14,5%	91	33%	123	44,6%	22	8%
32. Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	150	54,3%	92	33,3%	31	11,2%	3	1,1%
36. Quando tenho um problema procuro arranjar soluções	145	52,5%	90	32,6%	35	12,7%	6	2,2%
37. Gosto de ajudar os outros	206	74,6%	55	19,9%	11	4%	4	1,4%

No quinto fator, como mostra a Tabela 18, os itens com piores resultados foram o número 11 “Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas” e o item número 39 “As alterações que ocorrem no meu quotidiano estimulam-me” sendo a resposta predominante: “Algumas vezes”. Por outro lado, nos itens 16, 25 e 28 a resposta predominante foi a parcialmente positiva (“Na maioria das vezes”).

Relativamente ao item que obteve maior frequência de respostas negativas, quando comparadas com o resto, foi o número 16: “Procuro retirar os aspetos positivos das coisas más que me acontecem”.

Tabela 19: Habilidades de relação interpessoal.

F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL								
RESPOSTAS \ ITEMS	Sempre (...)		Na maioria das vezes		Algumas vezes		Raramente (...)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
8. Para mim é difícil dar apoio emocional	10	3,6%	22	8%	85	30,8%	159	57,6%
9. Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	8	2,9%	21	7,6%	96	34,8%	151	54,7%
18. Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)	115	41,7%	104	37,7%	52	18,8%	5	1,8%
20. Considero-me uma pessoa sociável	100	36,2%	102	37%	58	21%	16	5,8%
30. Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores	18	6,5%	39	14,1%	114	41,3%	105	38%

Segundo os dados apresentados na Tabela 19 é possível afirmar que o item que apresentou melhores resultados no fator seis foi o número oito, “Para mim é difícil dar apoio emocional”, sendo que o 57,6% da população contestou “Raramente ou nunca”.

Por outro lado, aquele item que obteve a frequência mais alta de respostas negativas comparativamente aos outros foi o item 30 “Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores”. Assim, a resposta predominante neste item foi “Sempre ou quase sempre” (N=18; 6,5%).

3.2. Análise Inferencial

Como referido no enquadramento metodológico, a análise inferencial é aquela que mediante a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos permite estabelecer relações e associações entre variáveis estudadas na amostra, de forma a serem generalizados para a população geral (Fortin, 2009).

Assim, de forma a apresentar os resultados segundo as variáveis analisadas e relações estabelecidas, este capítulo é dividido em duas subseções. Na primeira é realizada a análise da relação entre todas as variáveis analisadas na parte I do instrumento de recolha de dados e a SMP e fatores. Na segunda, contudo, procede-se à apresentação dos resultados procedentes do estudo da relação entre as variáveis da parte I do instrumento (análise que vai de encontro ao objetivo complementar identificado no capítulo da introdução).

Para a utilização dos testes denominados paramétricos devem ser cumpridas as seguintes premissas: a variável dependente ser intervalar, a amostra em estudo ter mais de trinta participantes ($N > 30$) e a distribuição da variável dependente ser normal (Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) com significância igual ou superior à 0,05 ($p \geq 0,05$)). Desta forma, se a variável em estudo não apresentar estas características deverão ser utilizados os testes não paramétricos como alternativa (Martins, 2011).

Com isto, no sentido de escolher os testes a utilizar na primeira parte deste capítulo, procedeu-se ao estudo da normalidade da distribuição das variáveis dependentes (SMP e fatores) mediante a utilização do teste KS. Uma vez realizado este teste obtiveram-se resultados que indicam uma distribuição não normal da SMP, assim como dos fatores que a integram ($p < 0,001$ na SMP e nos seus fatores).

Tendo em conta os valores obtidos no teste KS, mesmo às variáveis dependentes (SMP e fatores) serem contínuas e a ter uma amostra superior a trinta (N=276), optou-se pela

utilização dos testes não paramétricos devido à anormalidade das distribuições. Desta forma, foram aplicados os testes de Mann-Whitney (U) e Kruskal Wallis (H) para à análise das diferenças nestas variáveis.

Porém, na segunda parte do capítulo recorreu-se à utilização do Teste Qui-Quadrado (χ^2) devido às variáveis em estudo serem de caráter nominal.

Para interpretar os resultados obtidos nestes testes, assim como nos testes de associação, é necessário saber que em todos eles obtém-se sempre dois valores de interesse: o valor do teste, já seja de associação ou de diferenças, e o valor da probabilidade, representada pela letra “p”. O valor “p”, neste tipo de testes, é aquele que determina se a hipótese nula (H_0) deve ser retida (H_0 : “Não há associação/diferenças...”) ou se, pelo contrário, a H_0 deve ser rejeitada e aceite a hipótese alternativa (H_1) (H_1 : “Há associação/diferenças...”) (Martins, 2011).

Assim, quando o valor “p” de um teste de diferenças ou de associação é superior a 0,05 conclui-se que os resultados obtidos não são significativos, pois este valor quer dizer que em mais do 5% dos casos o resultado obtido no teste será devido ao acaso (a H_0 , neste caso, é retida). Pelo contrário, quando o valor de “p” é inferior a 0,05 significa que em menos do 5% dos casos os resultados do teste são devidos ao acaso pelo que permite concluir que estes resultados são significativos aceitando, portanto, a H_1 (Martins, 2011).

Segundo o valor de “p”, será possível identificar se a diferença estatística é significativa ($p=0,05-0,01$), muito significativa ($p=0,01-0,001$) ou extremamente significativa ($p<0,001$) (Martins, 2011).

Antes de proceder à análise inferencial, especifica-se novamente que a leitura dos dados relativos à SMP e aos seus fatores, é realizada de forma que quanto maior for o valor obtido nas mesmas menor será o seu nível, e vice-versa. De referir também que nas tabelas apresentadas ao longo deste subcapítulo optou-se por indicar os dados relativos à comparação das médias unicamente nas variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) no teste utilizado.

3.2.1. Saúde Mental Positiva e Variáveis

SMP e Características Sociodemográficas

Em primeiro lugar, foi analisada a existência de diferenças estatisticamente significativas na SMP e nos seus seis fatores segundo o sexo dos participantes. Para tal efeito foi utilizado o teste de Mann-Whitney:

Tabela 20: SMP e sexo.

	SEXO			
	U	p	Média (x)	
			Feminino	Masculino
SAÚDE MENTAL POSITIVA	7716	0,141		
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	6025,5	<0,001	14,57	12,22
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	6018	<0,001	4,45	5,25
F3: AUTOCONTROLO	5637	<0,001	11,63	9,74
F4: AUTONOMIA	8561	0,917		
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	7852,5	0,211		
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	8264	0,556		

Como se observa na Tabela 20, foram identificadas diferenças estatísticas extremamente significativas no fator de satisfação pessoal ($U=6025,5$; $p<0,001$), atitude pró-social ($U=6018$; $p<0,001$) e autocontrolo ($U=5637$; $p<0,001$) quando comparadas segundo o sexo.

No sentido de conhecer estas diferenças, procedeu-se à comparação das médias nestas variáveis entre o sexo feminino e masculino. Assim, na tabela apresentada é possível identificar que o sexo masculino obteve valores superiores aos do sexo feminino na satisfação pessoal ($x=12,22$) e no autocontrolo ($x=9,74$), enquanto as mulheres da amostra resultaram apresentar níveis superiores na atitude pró-social ($x=4,45$)

Em segundo lugar, foram estudadas as diferenças na SMP e fatores segundo a fase da adolescência, para o qual foi utilizado o teste Kruskal Wallis. Os resultados obtidos mostraram diferenças estatisticamente significativas no fator de autonomia ($H=6,16$; $p=0,046$). Com isto, os jovens na fase média da adolescência obtiveram níveis superiores neste fator ($x=10,66$), quando comparados com os jovens da fase inicial ($x=11,76$) e final ($x=11,35$) da adolescência.

Por fim, quando analisadas as diferenças na SMP e fatores segundo o ano escolar dos participantes obtiveram-se resultados estatisticamente significativos na resolução de

problemas ($H=12,48$; $p=0,029$). Desta forma, mediante a comparação das médias foi possível constatar que os adolescentes que apresentam níveis superiores neste fator são aqueles que se encontram a frequentar o 12º ano ($x=18,97$).

SMP e Agregado Familiar

O constructo de SMP resultou não apresentar diferenças estatisticamente significativas quando comparada com os adolescentes que moram com irmãos, com avôs, com os dois progenitores (mãe e pai), só com a mãe ou só com o pai ou com nenhum dos progenitores.

SMP e Relação com os Pais

No sentido de analisar diferenças no constructo de SMP segundo o tipo de relação parental identificada pelo adolescente (muito boa, boa, normal, má e muito má) procedeu-se à utilização do Teste Kruskal Wallis e à comparação das médias nas variáveis com resultados estatisticamente significativos neste teste:

Tabela 21: SMP e relação com os pais.

	RELAÇÃO COM OS PAIS					
	H	p	Média			
			Muito Boa	Boa	Normal	Má
SAÚDE MENTAL POSITIVA	50,06	<0,001	66,32	73,35	82,41	75
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	42,33	<0,001	12,09	14,36	17,9	17
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	2,5	0,475				
F3: AUTOCONTROLO	31,8	<0,001	10,06	11,2	12,93	11
F4: AUTONOMIA	8,17	0,043	10,63	11,68	12,2	9
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	18,02	<0,001	20,43	22,31	24,34	21
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	19,72	<0,001	8,44	8,85	10,37	11

Segundo os dados expostos na Tabela 21, é possível verificar que os adolescentes que referiram ter uma relação “muito boa” com os pais, obtiveram níveis superiores na SMP, satisfação pessoal, autocontrolo, resolução de problemas, habilidades de relação interpessoal, quando comparados com os adolescente que referiram ter uma “boa”, “normal” ou “má” relação com os pais.

SMP e Experiências Negativas de Vida

Para proceder à análise das diferenças no constructo de SMP segundo a vivência de experiências negativas de vida foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Os resultados obtidos neste teste, assim como na comparação das médias, são sintetizados na tabela seguinte:

Tabela 22: SMP e experiências negativas de vida.

	VIOLÊNCIA NÚCLEO FAMILIAR				BULLYING				MORTE DE UM FAMILIAR				SEPARAÇÃO DOS PAIS			
	U	p	Média		U	p	Média		U	p	Média		U	p	Média	
			Sim	Não			Sim	Não			Sim	Não			Sim	Não
SAÚDE MENTAL POSITIVA	4761	0,58			7482,0	0,088			7577	0,026	69,5	72,7	7447	0,718		
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	4250	0,004	15,7	13,1	6128	<0,0001	15,4	12,6	8161	0,186			6587	0,07		
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	5683	0,913			7876	0,267			8101	0,147			7617	0,938		
F3: AUTOCONTROLO	4701	0,043	11,7	10,6	7259	0,038	11,3	10,6	8116	0,163			7166	0,402		
F4: AUTONOMIA	5600	0,788			7938	0,325			8613	0,536			7134	0,372		
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	5385	0,504			8501	0,933			7528	0,021	20,9	22,6	7655	0,991		
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	5474	0,605			7743	0,194			8521	0,445			7471	0,746		

Em primeiro lugar, verifica-se que tanto a vivência de violência no núcleo familiar como de *bullying* tem repercussões negativas na satisfação pessoal e no autocontrolo do adolescente. Assim, aqueles adolescentes que vivenciaram alguma vez violência intrafamiliar ou *bullying* obtiveram níveis inferiores nestes dois fatores.

A morte de um familiar foi a única experiência negativa que obteve diferenças estatisticamente significativas na variável SMP (U=7577, p=0,026) e no fator de resolução de problemas (U=7528; p=0,021). Neste caso, ao contrário do que foi observado nas outras experiências negativas de vida, os adolescentes que já perderam algum familiar ao longo da sua vida apresentaram níveis superiores de SMP (x=69,5), assim como uma maior capacidade para solucionar os problemas (x=20,9).

Por último, a separação dos pais não obteve diferenças estatisticamente significativas nem na SMP nem nos seus fatores.

SMP e Problemas de Saúde

Os adolescentes com problemas de saúde e os adolescentes sem problemas de saúde da amostra apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto à satisfação pessoal ($U=6456$; $p=0,042$). Assim, os jovens que referiram não ter problemas de saúde apresentaram níveis superiores de satisfação pessoal ($x=13,32$) do que aqueles que tem problemas de saúde ($x=14,21$).

Contudo, entre os problemas especificados pelos adolescentes aqueles referentes à visão foram os únicos que obtiveram resultados estatisticamente significativos quanto à satisfação pessoal ($U=1613$; $p=0,030$). Com efeito, os jovens com algum problema de visão obtiveram valores de satisfação pessoal inferiores ($x=15,83$) quando comparados com os que não tem problemas de visão ($x=13,41$).

SMP e Visita ao Psicólogo ou Psiquiatra

Quando contrastadas a SMP e fatores entre os adolescentes que já foram ao psicólogo ou ao psiquiatra e aqueles que nunca o fizeram, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 23: SMP e visita ao psicólogo/psiquiatra.

	VISITA PSICÓLOGO/PSIQUIATRA			
	U	p	Média (x)	
			Sim	Não
SAÚDE MENTAL POSITIVA	6435	<0,001	74,75	67,59
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	6929	0,001	14,47	12,83
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	9043	0,92		
F3: AUTOCONTROLO	6869	<0,001	11,59	10,25
F4: AUTONOMIA	7190	0,003	11,89	10,56
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	7172	0,003	22,71	20,75
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO	7316	0,005	9,31	8,48

Com isto, os adolescentes que já realizaram visitas a estes especialistas apresentam níveis inferiores de SMP e fatores (exceto no fator de atitude pró-social) quando comparados com os jovens que nunca visitaram ao psicólogo ou psiquiatra.

SMP e Realizar Refeições em Família

Na análise da SMP e dos seus fatores segundo o hábito de realizar refeições, embora não fossem encontradas diferenças estatisticamente significativas, aquele fator que

apresentou um valor de “p” mais próximo a 0,05, isto é, mais próximo de ser significativo é o fator de habilidades de relação interpessoal ($U=3181$; $p=0,052$).

Assim, os jovens que tem por hábito realizar refeições junto da família desfrutam de níveis superiores de habilidades de relação interpessoal ($x=8,68$) quando comparados com os que não tem esse costume ($x=9,47$).

SMP e Horas de Descanso

No que diz respeito à relação entre as horas de descanso e o constructo de SMP, a satisfação pessoal ($U=10,47$; $p=0,005$) foi o único fator que obteve diferenças estatisticamente significativas quando comparado com os adolescentes que dormem menos de sete horas, oito horas ou mais de oito horas.

Assim, os jovens que referiram dormir mais de oito horas obtiveram uma média de satisfação pessoal superior ($x=12,02$) à dos que dormem oito horas ($x=13,23$) ou menos de sete horas ($x=15,04$).

SMP e Exercício Físico

Mediante a utilização do teste Mann-Whitney (para a variável nominal dicotómica: “realizar exercício regular”) e Kruskal Wallis (para a variável contínua: “número de horas dedicadas ao exercício”) foi constatado que realizar ou não exercício regular durante a semana, assim como o número de horas dedicadas a este exercício, não resulta em diferenças significativas no constructo de SMP da amostra em estudo.

SMP e Utilização Tecnologias

Outra das variáveis analisadas foi o número de horas empregadas nas tecnologias (menos de uma hora, entre duas e três horas e mais de três horas). Desta forma, mediante a utilização do teste de Kruskal Wallis foi possível identificar as diferenças na SMP e fatores segundo as horas diárias de utilização:

Tabela 24: SMP e utilização das tecnologias.

	UTILIZAÇÃO TECNOLOGIAS (horas/dia)				
	H	p	Média (x)		
			Menos de 1 hora	Entre 2-3 horas	Mais de 3 horas
SAÚDE MENTAL POSITIVA	10,84	0,004	70,94	68,32	75,53
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	7,72	0,021	13,61	12,87	14,96
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	1,54	0,463			
F3: AUTOCONTROLO	9,57	0,008	11,19	10,25	11,55
F4: AUTONOMIA	1,96	0,375			
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	6,57	0,037	21,66	20,87	22,88
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	4,79	0,091			

Segundo os dados apresentados na tabela é possível confirmar que a SMP ($H=10,84$; $p=0,004$), a satisfação pessoal ($H=7,72$; $p=0,021$), o autocontrolo ($H=9,57$; $p=0,008$) e a resolução de problemas e atualização pessoal ($H=6,57$; $p=0,037$) apresentam diferenças estatisticamente significativas quando analisadas segundo o número de horas diárias empregadas nas tecnologias.

Mediante a comparação das médias dos valores obtidos no QSM+ segundo o comportamento dos jovens face às tecnologias, verificou-se que utilizar as tecnologias entre duas e três horas por dia está relacionado com níveis superiores na SMP e nos fatores acima assinalados. Contudo, os níveis inferiores dos mesmos obtiveram-se naqueles adolescentes que referem usar as tecnologias mais de três horas por dia.

SMP e Experimentação de Substâncias Psicoativas

Finalmente, para a análise das diferenças entre a experimentação de substâncias e o constructo de SMP, foram estudadas cada uma das substâncias por separado (álcool, tabaco, *cannabis* e psicofármacos).

Posto isto, uma vez realizado o teste de Mann-Whitney, foi possível verificar que o álcool e o tabaco são as únicas substâncias que apresentam diferenças estatisticamente significativas na SMP e nos fatores dos adolescentes em estudo:

Tabela 25: SMP e experimentação álcool e tabaco.

	ÁLCOOL				TABACO			
	U	p	Média		U	p	Média	
			Sim	Não			Sim	Não
SAÚDE MENTAL POSITIVA	8048	0,032	69,38	72,3	7585	0,073		
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	8981	0,465			8257	0,461		
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	8344	0,082			8277	0,471		
F3: AUTOCONTROLO	9308	0,815			8692	0,962		
F4: AUTONOMIA	8401	0,107			8305	0,509		
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	7860	0,015	20,77	22,53	7392	0,036	20,70	22,06
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	7471	0,002	8,41	9,31	7005	0,006	8,27	9,13

Como demonstrado na tabela 25, existem diferenças estatisticamente significativas na SMP (U=8048; p=0,032) e na resolução de problemas (U=7860; p=0,015), assim como, diferenças muito significativas nas habilidades de relação interpessoal (U=7471; p=0,002) quanto à experimentação de álcool.

No que diz respeito a ter consumido tabaco alguma vez na vida, obtiveram-se diferenças significativas no fator de resolução de problemas (U=7392; p=0,036) e muito significativas nas habilidades de relacionamento interpessoal (U=7005; p=0,006)

Assim, os jovens que indicaram ter consumido alguma vez na sua vida álcool ou tabaco obtiveram resultados no QSM+ que indicam níveis superiores nos fatores acima assinalados, quando comparados com aqueles que nunca consumiram estas substâncias.

3.2.2. Relação entre Variáveis

Nesta última subsecção, como referido, procede-se ao estudo das diferenças e relações entre as variáveis da Parte I do instrumento (sem análise do constructo de SMP).

O teste utilizado para a análise de diferenças nas mesmas foi o Qui-Quadrado (χ^2), uma vez que as variáveis estudadas têm carácter nominal.

Primeiramente, foram analisadas as diferenças nas variáveis recolhidas no instrumento atendendo às fases da adolescência. Para tal efeito foi utilizado o teste Qui-Quadrado que obteve resultados significativos nas seguintes variáveis: exercício físico ($\chi^2=8,08$; gl=2; p=0,02), experimentação de tabaco ($\chi^2=75,95$; gl=2; p<0,001), álcool ($\chi^2=63,88$; gl=2; p<0,001) e *cannabis* ($\chi^2=36,27$; gl=2; p<0,001), e horas de descanso ($\chi^2=35,41$; gl=4; p<0,001).

Na seguinte tabela apresentam-se os dados relativos a estas diferenças estatísticas encontradas:

Tabela 26: Fases adolescência e exercício físico - experimentação de substâncias-horas de descanso.

		FASE ADOLESCÊNCIA					
		FASE INICIAL (12-13)		FASE MÉDIA (14-16)		FASE FINAL (17-20)	
		N	%	N	%	N	%
EXERCÍCIO FÍSICO	Sim	40	61,5%	77	58,8%	30	40,5%
	Não	25	38,5%	54	41,2%	44	59,5%
TABACO	Sim	3	4,5%	40	30,1%	55	73,3%
	Não	63	95,5%	93	69,9%	20	26,7%
ÁLCOOL	Sim	10	15,2%	78	58,6%	61	81,3%
	Não	56	84,8%	55	41,4%	14	18,7%
CANNABIS	Sim	0	0,0%	5	3,8%	19	25,3%
	Não	66	100,0%	128	96,2%	56	74,7%
HORAS DESCANSO	Menos de 7 horas	7	10,8%	32	24,6%	29	39,7%
	8 horas	34	52,3%	83	63,8%	39	53,4%
	Mais de 8 horas	24	36,9%	15	11,5%	5	6,8%

Os dados ressaltados em azul na Tabela 26, referem-se à percentagem mais alta obtida na resposta afirmativa de cada variável dicotômica e os que aparecem ressaltados em preto aludem à percentagem mais alta obtida na resposta negativa das mesmas.

Em primeiro lugar, observou-se que o exercício físico é inversamente proporcional à fase da adolescência. Assim, a fase inicial foi a que obteve uma percentagem maior de jovens a realizar exercício físico regular (N=40, 61,5%) quando comparada com a percentagem da fase média (N=77, 58,8%) e final (N=30; 40,5%). Não realizar exercício na fase final da adolescência obteve percentagens superiores (N=44, 59,5%) do que sim realizar.

Em relação às horas de descanso, a opção de oito horas foi a que obteve frequências superiores nas três fases da adolescência. Porém, a fase onde se registou uma maior percentagem de adolescentes a dormir mais de oito horas foi na fase inicial (N=24, 36,9%), enquanto a fase final obteve uma maior frequência de jovens a dormir menos de 7 horas (N=29, 39,7%).

Por outro lado, foi na fase final onde se registou uma percentagem maior de adolescentes com alguma experimentação ou consumo de tabaco, álcool e *cannabis*. Em relação à experimentação do álcool, segundo os dados apresentados na tabela 26, é possível verificar que entre a fase inicial (N=10, 15,2%) e média (N=78, 58,6%) existe um aumento considerável na prevalência deste comportamento.

De forma a analisar mais especificamente esta experimentação de substâncias segundo a idade dos adolescentes, foram comparadas as médias da mesma segundo o ano escolar. Os resultados obtidos nesta comparação são apresentados no seguinte gráfico:

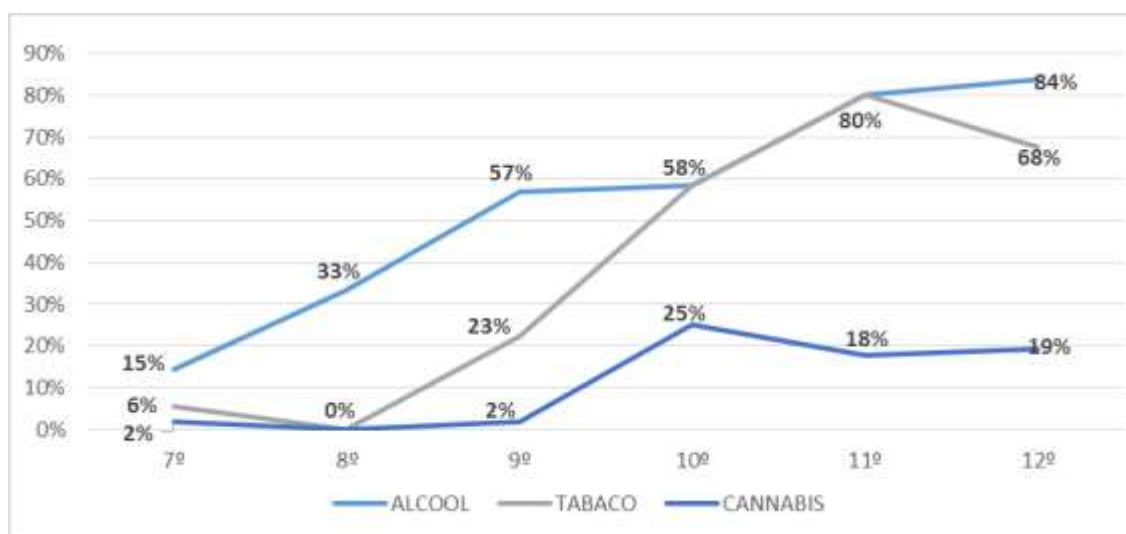


Figura 1: Experimentação de substâncias psicoativas segundo o ano escolar.

Na Figura 1, observa-se que, no que se refere à experimentação do álcool, esta aumenta de forma proporcional à idade do jovem. A experimentação de tabaco, contudo, resulta diminuir entre o 7º e o 8º ano, no entanto regista um aumento crescente na sua experimentação até o 11º.

Por outro lado, estudaram-se as diferenças nas variáveis recolhidas no instrumento segundo o sexo dos participantes e observaram-se diferenças estatisticamente significativas na variável problemas de saúde ($\chi^2=5,8$; $gl=1$; $p=0,018$) e diferenças extremamente significativas no exercício físico ($\chi^2=19,31$; $gl=1$; $p<0,001$):

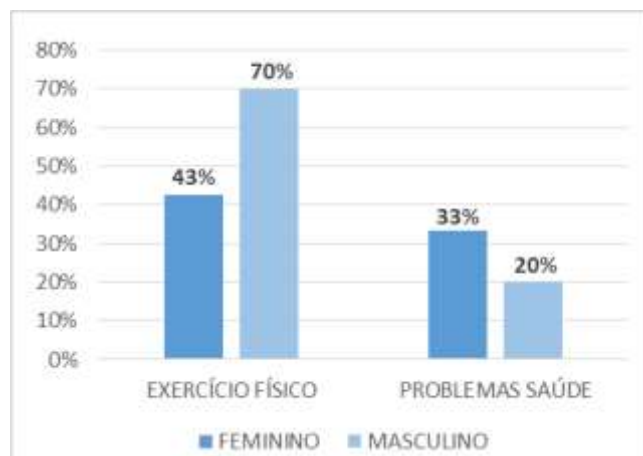


Figura 2: Sexo e exercício físico - problemas de saúde.

Assim, com base na Figura 2, é possível identificar que os adolescentes de sexo masculino, na amostra, realizam mais exercício físico (N=79; 69,9%) quando comparados com os do sexo feminino (N=63; p=42,6%). Os problemas de saúde resultaram ser mais referenciados no sexo feminino (N=50; 33,3%) do que no sexo masculino (N=23, 20%).

Outra das variáveis analisadas foi a relação com os pais. Entre os tipos de resposta possíveis no estudo desta variável, a “má” relação com os pais foi referida unicamente por um participante da amostra e a relação “muito má” não foi identificada por nenhum dos jovens. Com isto, ao utilizar o Qui-Quadrado no programa SPSS, um dos requisitos deste teste (não ter mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5) era violado em todas as variáveis analisadas e de forma a contornar esta situação, procedeu-se à eliminação destas duas respostas: “má” e “muito má”. A relação dos pais, portanto, foi analisada em três grupos independentes e não cinco, como inicialmente, (“muito boa”, “boa” e “normal”) o que fez com que nenhum dos requisitos para a utilização do Qui-Quadrado fosse violado na maioria das variáveis analisadas.

Uma vez realizada esta alteração observou-se que, segundo a relação que o adolescente refere ter com os seus pais existem diferenças estatisticamente significativas quanto às visitas ao psiquiatra ou psicólogo ($\chi^2=11,66$; gl=2; $p=0,003$), ao *bullying* ($\chi^2=9,702$; gl=2; $p=0,008$) e às horas de descanso ($\chi^2=11,66$; gl=4; 0,02)

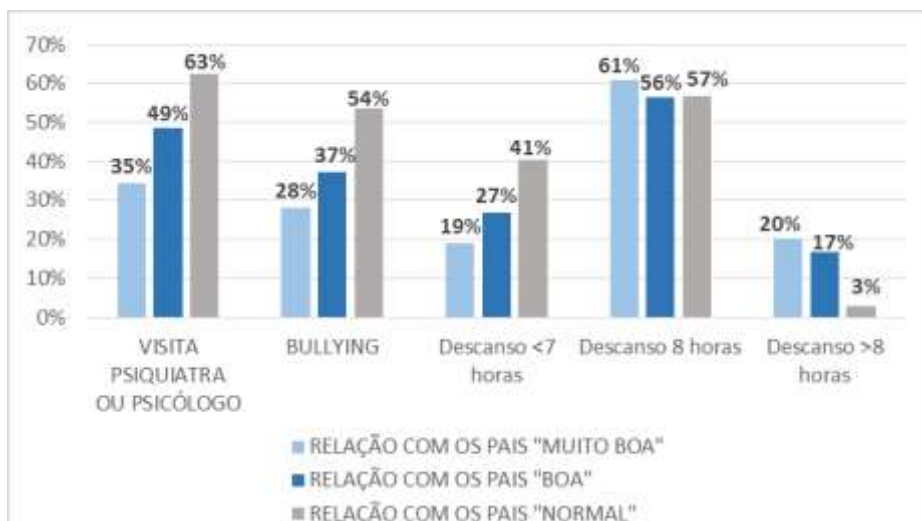


Figura 3: Relação com os pais e Visita ao psiquiatra/psicólogo - bullying - horas de descanso.

Como identificado na Figura 3, as visitas ao psiquiatra ou psicólogo foram superiores nos adolescentes que consideram a relação com os seus pais “normal” (N=25; 62,5%).

Por outro lado, observou-se que a frequência mais alta de respostas referentes a dormir mais de oito horas encontra-se nos adolescentes que indicam ter uma relação “muito boa” com os pais (N=30 20,3%). A resposta dormir menos de sete horas, contudo, apresenta uma prevalência superior nos adolescentes que qualificam esta relação como normal (N=15; 40,5%).

Posteriormente, procedeu-se à análise das diferenças nas variáveis do instrumento segundo as horas diárias de utilização das tecnologias. Neste caso, a única variável que obteve diferenças estatisticamente significativas foi as horas de descanso ($\chi^2=14,22$; gl=4; $p=0,007$):

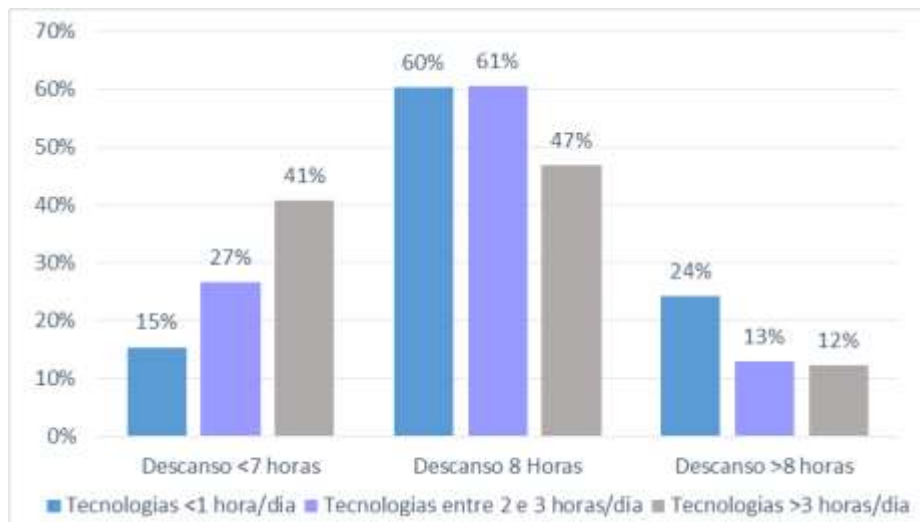


Figura 4: Utilização tecnologias e horas de descanso.

Assim, uma utilização das tecnologias inferior a uma hora diária obteve frequências superiores nos jovens que indicaram dormir oito horas (N=55; 60,4%) e mais de oito horas (N=22; 24,2%). Por outro lado, uma utilização das tecnologias superior a três horas diárias alcançou percentagens superiores nos jovens que referiram dormir menos de sete horas (N=20; 40,8%) e 8 horas (N=23; 46,9%).

Outro dos resultados obtidos foi a existência de diferenças estatisticamente significativas entre ter consumido alguma vez tabaco ($\chi^2=11,23$; gl=1; $p=0,001$), *cannabis* ($\chi^2=6,9$; gl=1; $p=0,009$) ou psicofármacos ($\chi^2=7,86$; gl=1; $p=0,013$) e ter ou não vivenciado *bullying* alguma vez na vida.

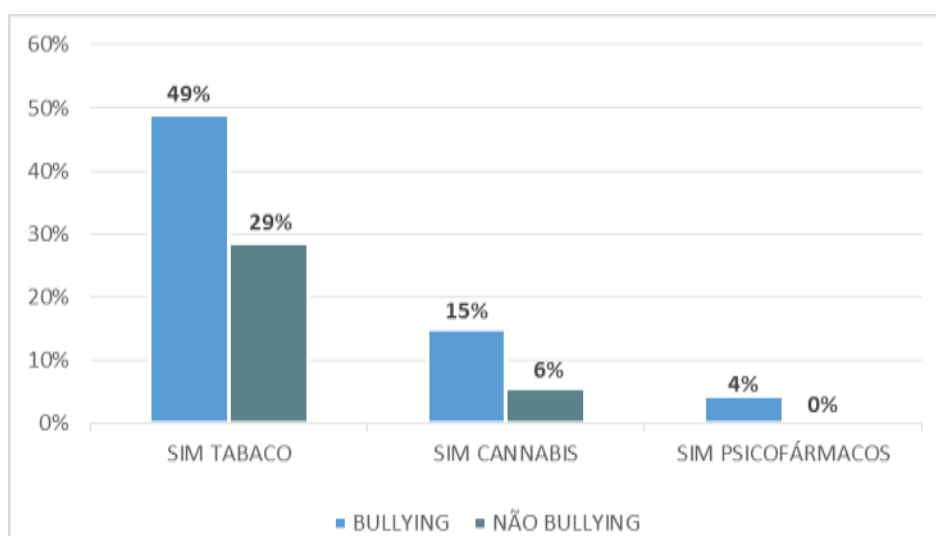


Figura 5: Bullying e experimentação de tabaco, cannabis e psicofármacos.

Segundo o a Figura 5 verifica-se que os jovens que já foram vítimas de bullying apresentam percentagens superiores de experimentação de tabaco e de cannabis, enquanto o consumo de psicofármacos foi registado unicamente em adolescentes vítimas de bullying.

Na análise do agregado familiar (morar só com a mãe ou só com o pai (mãe/pai), com os dois ou com nenhum) encontraram-se diferenças muito significativas na variável problemas de saúde ($\chi^2=9,78$; $gl=2$; $p=0,008$) e diferenças extremamente significativas na asma ($\chi^2=15,7$; $gl=2$; $p<0,001$). As diferenças encontradas apresentam-se graficamente na seguinte figura:

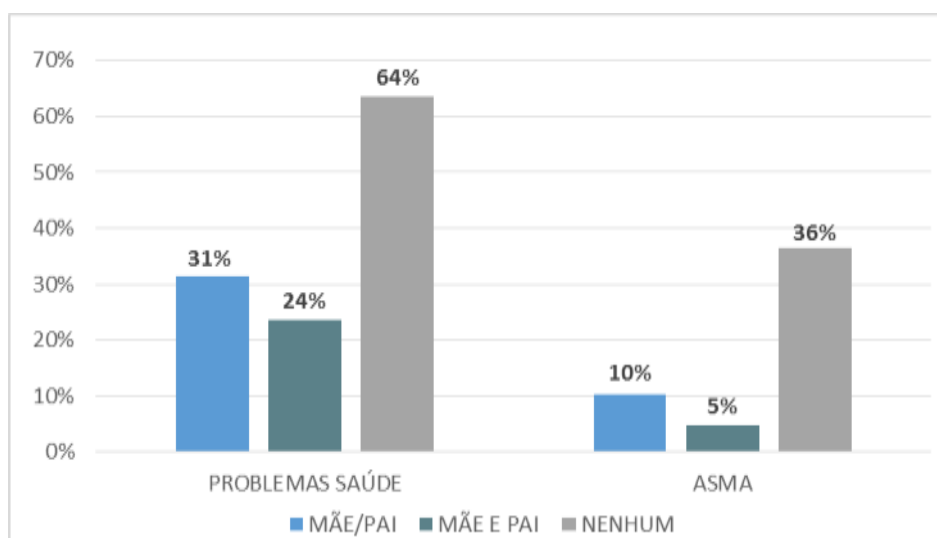


Figura 6: Agregado familiar e problemas de saúde – asma.

Observa-se, portanto, que aqueles jovens cujos pais estão ausentes no núcleo familiar, apresentam uma percentagem maior de problemas de saúde e de asma comparativamente com os que moram com só com a mãe ou só com o pai (mãe/pai) ou com os dois.

No sentido de analisar se viver com nenhum dos progenitores é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de asma na pessoa, recorreu-se ao cálculo de Odd's Ratio (OR) (Martins, 2011). O resultado obtido neste teste resultou ser significativo ($OR=8,3$; [2,21; 31,18]) e indicou que existe 8,3 vezes mais risco de desenvolver asma nos adolescentes que vivem sem os pais do que nos adolescentes que vivem com os dois progenitores ou só com a mãe ou só com o pai.

A última variável em ser analisada foi as horas de descanso a qual, além das diferenças que apresenta atendendo às variáveis anteriormente analisadas (fases da adolescência, a relação com os pais e as horas diárias empregadas nas tecnologias), obteve diferenças

estatisticamente significativas no *bullying* ($\chi^2= 7,99$; gl=2; $p=0,018$) e no consumo de álcool ($\chi^2=8,84$; gl=2; $p=0,012$):

Tabela 27: Horas de descanso e bullying – álcool.

		HORAS DE DESCANSO					
		Menos de 7 horas		8 horas		Mais de 8 horas	
		N	%	N	%	N	%
BULLYING	Sim	33	48,5%	47	29,7%	13	29,5%
	Não	35	51,50%	111	70,3%	31	70,5%
ÁLCOOL	Sim	42	61,8%	88	55,7%	15	34,10%
	Não	26	38%	70	44,30%	29	65,90%

Mediante a comparação das médias foi possível identificar que os jovens que dormem menos de 7 horas apresentam uma maior prevalência de *bullying* quando comparada com aqueles que dormem 8 horas ou mais de 8 horas.

Por outro lado, aqueles jovens que mencionaram dormir menos de 7 horas apresentaram percentagens mais altas de experimentação de álcool (N=42; 61,8%), enquanto aqueles que dormem mais de 8 horas mostraram frequências superiores de não consumo de álcool (N=29; 65,9%).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos dados torna-se fundamental interpretar e refletir sobre os mesmos de forma a reconhecer a sua importância com base no referencial teórico anteriormente apresentado.

Neste capítulo procede-se à reflexão e discussão sistematizada dos resultados seguindo a ordem de relevância na qual foram propostos os objetivos deste trabalho de investigação.

Contudo, os resultados referentes ao objetivo complementar - analisar a relação entre as características sociodemográficas, experiências negativas de vida, saúde e comportamentos no adolescente - são identificados ao longo do capítulo.

Analisar a SMP numa amostra de adolescentes portugueses

Atendendo ao objetivo principal do trabalho - a análise da SMP nos adolescentes - verifica-se que a SMP dos participantes no estudo resulta apresentar níveis favoráveis (SMP_{total}= 70,72) existindo uma prevalência de estados completos de SMP. Assim, 75% da amostra em estudo apresentou estados de *flourishing*, 24,6% estados intermédios de SMP e 0,4% estados de *languishing* (Keyes, 2002, 2007).

Estes resultados são considerados muito positivos e contrários ao que inicialmente era esperado tendo em conta as mudanças físicas, psicológicas e sociais que são vivenciadas nesta etapa de crescimento.

Contudo, considera-se a possibilidade de que estes níveis altos de SMP obtidos na população em estudo possam ser explicados devido ao facto de ter realizado a avaliação em escolas inseridas no programa de saúde mental da ULSM. Com isto, estes estudantes poderiam mostrar níveis altos de SMP devido a estarem a frequentar programas de promoção de saúde mental.

Identificar os níveis da SMP por fatores de acordo com o modelo multifatorial

Relativamente a este objetivo secundário, foi possível verificar que a atitude pró-social é o fator que apresenta níveis superiores, seguido da satisfação pessoal, habilidades de relação interpessoal, resolução de problemas e atualização pessoal e autocontrolo. Assim, este último

fator, o autocontrole, foi o que obteve níveis inferiores nos participantes do estudo (Tabela 13).

Relativamente aos níveis superiores de atitude pró-social obtidos na população, considera-se que estes vão de encontro ao referido por Gaete (2015) e Breinbauer e Maddaleno (2005) os quais indicam que nesta fase da vida tem lugar, entre outros, o desenvolvimento da competência social. Assim, neste crescimento social, o jovem irá desenvolver uma atitude voluntária de apoio, ajuda e respeito pelo grupo de pares, com os quais se sente identificado, apoiado e entendido. A atitude pró-social, portanto, será fundamental para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias.

No que diz respeito ao fator de autocontrole, quando analisados os itens que o definem constatou-se que, numa frequência de “Algumas vezes”, os problemas bloqueiam a quase a metade dos adolescentes. Igualmente, identificou-se uma maior capacidade de controlo sobre os pensamentos negativos do que sobre as emoções negativas (Tabela 16).

Por outro lado, o item seis do QSM+ “Sinto-me capaz de explodir”, embora pertença ao fator da satisfação pessoal considera-se estar relacionado igualmente com o fator autocontrole. Assim, foi registado que o 44,2% dos adolescentes referiram sentir-se capaz de explodir numa frequência de “Algumas vezes” (Tabela 15).

Comparar a SMP dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde

No que diz respeito ao segundo objetivo específico do trabalho, verificou-se em primeiro lugar, que os adolescentes do sexo masculino na amostra apresentam níveis superiores de satisfação pessoal. Estes resultados coincidem com aqueles obtidos por Monte, Fonte e Alves (2015) em relação a níveis superiores de bem-estar emocional (presença de afetos positivos e ausência de afetos negativos e satisfação com a vida) no sexo masculino em comparação ao sexo feminino. O autocontrole também resultou ter níveis superiores nos adolescentes masculinos da amostra, enquanto as raparigas obtiveram níveis superiores na atitude pró-social (Tabela 20).

Em segundo lugar, quando analisada a SMP segundo o ano escolar observou-se que os jovens do 12º ano apresentam uma maior capacidade de resolução de problemas quando comparada com a dos jovens de anos inferiores.

Embora esta relação não tenha sido realizada segundo as fases da adolescência é pressuposto que os jovens que se encontram a frequentar o 12º ano tenham idades mínimas de dezassete e dezoito anos isto é, encontram-se, segundo as fases propostas por Breinbauer e Maddaleno (2005), na fase final da adolescência.

Com isto, considera-se que este resultado vai de encontro com o referido pelos autores Gaete (2015) e Breinbauer e Maddaleno (2005), os quais defendem que na fase final da adolescência (dos 17-18 anos em diante) o jovem desenvolve um pensamento abstrato, assim como um pensamento hipotético-dedutivo que o auxilia na habilidade de predizer consequências e na capacidade de resolver problemas.

Relativamente ao tipo de relação com os pais e a SMP constatou-se que uma relação considerada “muito boa” pelo adolescente coincide com melhores resultados de SMP e de todos os seus fatores (com exceção da atitude pró-social) (Tabela 21).

Da mesma forma a relação “muito boa” esteve associada a menor número de visitas ao psiquiatra ou psicólogo, a maior número de horas de descanso e a uma menor incidência de *bullying* quando comparados com aqueles jovens que qualificaram esta relação como “boa”, “normal” ou “má” (Figura 3).

Estes resultados corroboram a importância da existência de uma ligação positiva entre pais e filhos nesta etapa de crescimento, tanto para a saúde e o bem-estar dos jovens (níveis altos de SMP e fatores; menor número de visitas ao psiquiatra ou psicólogo), como para potenciar o desenvolvimento de comportamentos protetores e promotores de saúde (maior número de horas de descanso). Assim, embora o interesse do adolescente seja direcionado para o grupo de pares nesta etapa da vida, os pais continuarão a ser o principal suporte emocional e psicológico, assim como os encarregados de potenciar um desenvolvimento psicossocial positivo (Tomé, 2011).

Em relação aos problemas de saúde, além de terem sido mais referenciados pelos adolescentes de sexo feminino na amostra (Figura 2), resultaram estar relacionados negativamente com a satisfação pessoal. Esta relação obtida entende-se lógica assim como esperada, sendo que os problemas de saúde, independentemente da sua natureza, irão ter sempre um impacto no indivíduo, podendo afetar a atitude que a pessoa tem consigo própria e com a vida, a perspetiva de futuro ou a valoração que esta faz de si mesma (satisfação pessoal).

Analisar o impacto das experiências negativas de vida, hábitos e comportamentos na SMP do adolescente

Neste trabalho foi possível demonstrar estatisticamente o referido por Vanderbil e Augustyn (2011) e por Povedano *et.al.*, (2011) sobre o efeito do *bullying* na autoestima e na satisfação vital. Obtiveram-se, portanto, resultados que indicam a existência de uma relação negativa entre ter vivenciado *bullying* alguma vez na vida e a satisfação pessoal e autocontrole do jovem (Tabela 22).

Da mesma forma, corroboraram-se os resultados achados por Radliff *et.al.*, (2012) e por Azagba (2016) no que se refere à maior probabilidade de consumo de substâncias nos jovens com experiências de *bullying*. Com isto, os participantes da amostra que referiram ter vivenciado *bullying*, resultaram ter uma prevalência de experimentação de tabaco e cannabis superior à dos que nunca sofreram esta agressão. O consumo de psicofármacos, contudo, foi indicado unicamente nos adolescentes que vivenciaram *bullying* (Figura 5).

Por outro lado, os jovens que referiram dormir menos de sete horas apresentaram maior prevalência de *bullying* do que os que dormem oito horas ou mais de oito horas. Em contrapartida, os que indicaram um descanso superior a oito horas foram os que apresentaram menor prevalência de *bullying* (Tabela 27).

Com isto, embora dormir menos de sete horas não possa ser diretamente identificado com “ter problemas de sono”, o resultado acima indicado vai ao encontro do estudo realizado por Gini (2009) sobre o efeito negativo do *bullying* no descanso do jovem.

Relativamente à violência no núcleo familiar, ao igual que o *bullying*, foi relacionada com níveis inferiores de satisfação pessoal e de autocontrole (Tabela 22).

Greenfield e Marks (2010) defendem uma associação negativa entre a violência intrafamiliar e o bem-estar psicológico, no entanto, neste estudo só foi verificada esta relação no que diz respeito a uma das componentes deste bem-estar psicológico, a autoaceitação (Ryff e Keyes, 1995). Por outro lado, tendo em conta que a satisfação pessoal, segundo Lluch (1999), inclui a satisfação com a vida e que esta, pela sua vez, é considerada a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (Siqueira e Padovam, 2008), é possível confirmar que a violência no núcleo familiar terá também um impacto negativo na dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo.

Por outro lado, o referido por Wright (2011) e Bonfim *et.al.*, (2015) sobre a violência no núcleo familiar e o desenvolvimento de asma no jovem não foi verificado neste trabalho.

Contudo, foi possível identificar que viver sem os progenitores é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de asma, o que sim vai de encontro ao mencionado por Wright (2011). Assim, este autor refere que existe um maior risco de desenvolver asma nas crianças que não realizam atividades junto dos progenitores (especialmente com a mãe) quando comparadas com aquelas que realizam atividades com frequência junto dos pais.

A morte de um familiar, por outro lado, esteve relacionada com níveis superiores de SMP, assim como com uma maior capacidade de solucionar problemas na amostra em estudo tal como é possível observar na Tabela 22.

Toda perda implica uma participação ativa do afetado no desenvolvimento de estratégias adaptativas que auxiliem na superação deste acontecimento de forma positiva. Assim, entende-se que este desenvolvimento de estratégias adaptativas possa explicar uma maior facilidade para a resolução de problemas noutras dimensões da vida. Da mesma forma, nesta experiência de perda tem lugar um processo de superação e crescimento pessoal ao longo do qual a pessoa terá de por em prática e fortalecer as suas próprias características psicossociais positivas (SMP) no sentido de ultrapassar o luto de forma saudável e positiva.

Em relação à análise do impacto dos hábitos de vida e dos comportamentos na SMP do adolescente, observou-se em primeiro lugar, que os jovens que têm o costume de realizar refeições junto da família apresentam níveis superiores de habilidades de relacionamento interpessoal. Esta relação resulta complementar aos resultados obtidos por Goldfarb *et.al.*, (2015) sobre o efeito positivo das refeições em família na saúde mental do adolescente.

Comer junto da família considera-se, portanto, um momento importante de comunicação e de convívio entre o jovem e a sua família. Este convívio promove a expressão e partilha de problemas, inquietudes, emoções, etc., vivenciados pelo jovem, assim como a capacidade de escutar, aceitar e respeitar opiniões diferentes às próprias, apoiar emocionalmente e entender os sentimentos dos outros (empatia), fatores estes imprescindíveis para o estabelecimento de relacionamentos interpessoais satisfatórios.

Em segundo lugar, o descanso noturno resultou ter um impacto significativo na satisfação pessoal. Assim, os jovens que indicaram dormir menos de sete horas (um quarto da amostra em estudo) obtiveram níveis inferiores de satisfação pessoal quando comparados com os jovens que dormem oito horas ou mais. Esta relação vai de encontro com o referido por Li e Yi (2015) e Polos *et.al.* (2015) sobre o impacto negativo do descanso insuficiente na atitude positiva da pessoa frente á vida (considerada uma dimensão da satisfação pessoal (Lluch, 1999)).

Da mesma forma, foi possível confirmar o indicado por McKnight-Eily *et.al.* (2011) sobre a relação entre um descanso insuficiente no adolescente e uma maior probabilidade de consumo de álcool (Tabela 27; Figura 7).

O hábito de realizar exercício físico regularmente durante a semana, a diferença do que era esperado e do que já foi constatado em outros estudos (Hallal *et.al.*, 2006; Ortega *et.al.*, 2008; White e Bennie, 2015), não obteve relações significativas na SMP dos adolescentes. Contudo, observou-se que o exercício físico diminui segundo a idade do adolescente aumenta e é indicado com maior frequência pelo sexo masculino (Tabela 26; Figura 2).

No que respeita ao comportamento dos adolescentes face às tecnologias e a sua influência na SMP obtiveram-se resultados que indicam que os jovens com uma utilização das tecnologias superior a três horas apresentam níveis inferiores de SMP, autocontrolo, resolução de problemas e satisfação pessoal comparativamente aos que tem um uso situado entre duas e três horas e inferior a uma hora (Tabela 24).

Relativamente à relação obtida entre as tecnologias e a satisfação pessoal, constatou-se que esta foi igualmente referida no estudo realizado por Sucher, Hanewinkel e Isensee (2016). Estes autores, portanto, verificaram igualmente o efeito negativo das tecnologias na autoestima e autoconceito da pessoa.

A utilização das tecnologias superior a três horas, por outro lado, tal como se observa na Figura 4, obteve uma maior prevalência nos jovens com um descanso insuficiente (inferior a sete horas) quando comparada com aqueles que costumam dormir mais de oito horas. Assim, embora neste trabalho não seja especificado qual é a tecnologia utilizada (telemóvel, computador, televisão, etc.), os resultados obtidos podem ser relacionados com aqueles atingidos por McKnight-Eily *et.al.* (2011) sobre uma maior probabilidade de utilizar mais de três horas diárias o computador nos jovens com um descanso insuficiente.

Relativamente à experimentação de substâncias psicoativas, o álcool foi a substância que apresentou maior prevalência entre os adolescentes, o que corrobora o citado por Paiva *et.al.*, (2015) sobre a prevalência desta substância nesta etapa de crescimento, embora o seu consumo não seja legal até os 18 (Tabela 10). Da mesma forma, observou-se um aumento crescente da experimentação desta substância de acordo com o ano escolar (Figura 1).

Contudo, nenhuma das relações obtidas sobre o efeito das substâncias psicoativas na saúde mental foram ao encontro do que era esperado ou do que já foi confirmado por outros autores. Assim, neste trabalho, a experimentação de álcool na adolescência esteve

relacionada com níveis superiores de SMP, resolução de problemas e habilidades de relação interpessoal (Tabela 25).

Esta contradição identificada entre o referencial teórico e os resultados obtidos sobre o consumo de álcool e a SMP pode ser devida ao facto da pergunta utilizada para a análise desta variável (consumo de álcool) ter sido realizada da seguinte forma: “Qual destas substâncias já experimentaste alguma vez na tua vida?”. Entende-se que esta pergunta não avalia nem a frequência do consumo, nem a quantidade da substância ingerida o qual faz com que seja difícil estabelecer uma relação coerente e real entre o consumo de alguma destas substâncias e a SMP, como realizada em outras investigações.

Na adolescência, contudo, o tipo de consumo alcoólico mais estendido é aquele caracterizado pela ingestão ocasional de grandes quantidades de álcool (*binge-drinking*) realizada normalmente junto do grupo de pares e amigos (Lacruz e Lacruz, 2010; Paiva *et.al.*, 2015). Neste sentido, embora o motivo principal do *binge-drinking* seja o consumo de álcool, este também pode ser considerado um momento de encontro social, onde o jovem se relaciona com pessoas da sua idade e fomenta as suas capacidades de comunicação. Este momento de convívio, portanto, poderia justificar os níveis superiores de habilidades de relação interpessoal nos adolescentes que já consumiram álcool.

5. CONCLUSÕES

No presente capítulo estão patentes as principais conclusões a extrair da pesquisa e do estudo desenvolvido, bem como os diversos obstáculos ou limitações sentidos na sua execução.

Na última seção enunciam-se sugestões possíveis para melhorar a análise da SMP e das variáveis estudadas em desenvolvimentos futuros.

Na análise da SMP realizada neste trabalho de investigação obtiveram-se resultados que apontam para níveis consideravelmente positivos deste constructo, ou estados de *flourishing*, nos adolescentes em estudo. Contudo, quando analisados os fatores que integrava SMP foi constatado que a atitude pró-social é o fator com níveis superiores, enquanto o autocontrolo é aquele que apresentou níveis inferiores.

O autocontrolo diz respeito à capacidade de atuar sobre os próprios processos mentais de forma a os reconhecer, controlar e direccionar. Desta forma, considera-se que esta capacidade de controlo permite moldar positiva e objetivamente as próprias respostas face aos diferentes estímulos pessoais, ambientais, emocionais, etc. Assim, além de proporcionar tranquilidade, sossego e segurança à pessoa que usufrui desta capacidade, o autocontrolo é protetor frente ao desenvolvimento de algumas doenças mentais tais como depressão, ansiedade, stresse, etc.

Porém, esta capacidade não pode ser desenvolvida nem fomentada se a pessoa não a conhecer, isto é, se a pessoa não souber que é capaz de modificar os seus próprios processos mentais, tanto emocionais como comportamentais. Assim, uma vez que a pessoa conhece esta capacidade e a aceita, será necessário que esta aprenda e desenvolva estratégias que o orientem na prática e potencialização desta característica psicossocial.

Posto isto, para que esta aprendizagem seja concretizada tanto no autocontrolo, como no resto de características psicossociais positivas, resulta imprescindível o desenvolvimento de programas de saúde mental orientados para o ensino, fomento e prática das boas capacidades que cada pessoa tem. Tais capacidades devem ser aproveitadas no sentido de ter uma vida plena, satisfatória e harmónica.

Por outro lado, quando analisada a relação entre as variáveis sociodemográficas, experiências de vida, saúde e comportamentos e a SMP foram obtidos resultados que confirmam e reafirmam a existência de uma contínua interação entre a saúde mental, física e social.

Assim, considera-se fundamental que os jovens sejam informados sobre esta estreita relação, no sentido de fomentar um estilo de vida saudável e protetor. Conclui-se, portanto, que os programas de promoção de saúde mental direcionados aos adolescentes deverão, não só abordar aspetos da mente, mas também da dimensão física e social, fomentando comportamentos e hábitos de saúde positivos tais como:

- Realizar de forma regular refeições com a família;
- Reduzir o tempo empregado na utilização das tecnologias;
- Ter um descanso suficiente;
- Aumentar o exercício físico regular;
- Alimentar-se de forma saudável;
- Aumentar o tempo dedicado à própria pessoa, criatividade, arte;
- Valorizar a família;
- Desenvolver e estabelecer boas amizades;
- Ter uma participação mais ativa nos comportamentos que dizem respeito da própria saúde. Isto é, não adotar um comportamento só porque “os outros” o realizam, mas sim por trazer benefícios à saúde e bem-estar de um próprio.

5.1. Limitações

Relativamente às limitações encontradas no desenvolvimento deste trabalho destaca-se o limite temporal para a realização do mesmo.

Considera-se, portanto, que o fator temporal dificultou e impediu concretizar algumas tarefas julgadas pertinentes na realização deste trabalho de investigação. Desta forma, mediante a prolongação do tempo disponível tinha sido possível:

- Obter uma amostra maior e, portanto, mais representativa da população alvo.

- Aceder a maior número de escolas o que iria ter proporcionado mais variedade de realidades sociais e ambientais.
- Aprofundar na comparação da abordagem da SMP utilizada neste trabalho com outras diferentes, assim como, na conciliação dos resultados obtidos com outros.
- Realizar uma análise multivariada das variáveis sociodemográficas, experiências de vida, comportamentos, etc., em lugar da análise bivariada realizada neste trabalho. Esta análise multivariada tinha proporcionado um conhecimento mais extenso e aprofundado do impacto e relação existente nestas variáveis. Assim, enquanto neste trabalho encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o *bullying* e a asma, por exemplo, a análise multivariada iria identificar o impacto do resto das variáveis nesta relação.

5.2. Perspetivas Futuras

Embora tenham sido obtidos dados relevantes sobre a SMP nos adolescentes, assim como relações interessantes da saúde física, social e mental, acredita-se fundamental e necessário que exista uma continuação e prosseguimento do trabalho desenvolvido.

Considera-se, portanto, que investigações neste âmbito da saúde irão permitir estabelecer uma base sólida de evidência científica, a qual sirva para aprimorar intervenções de enfermagem direcionadas à promoção da saúde mental nos jovens e, desta forma, fomentar uma transição desenvolvimental saudável entre a infância e a vida adulta.

Ao longo da realização deste trabalho foram identificados alguns aspetos alvos de modificar no sentido de melhorar a caracterização das variáveis analisadas na replicação futura desta investigação:

- Pergunta 6: Especificar o tipo de relação que o jovem tem com a mãe, por um lado, e com o pai, por outro.
- Pergunta 8: Identificar o tipo de violência familiar, assim como se esta foi efetuada pelos progenitores, irmãos ou outros familiares.
- Pergunta 8: Especificar se a pessoa foi vítima, agressor ou cúmplice de *bullying*.
- Pergunta 14 e 16: Estabelecer patamares mais descritivos das variáveis descanso e utilização das tecnologias (ex: “8 horas” e “Mais de 9 horas” / “Entre 2 e 3 horas

por dia” e “Mais de 4 horas por dia”). Adicionar mais intervalos de forma a ter maior variedade de resposta em relação a estes dois tipos de comportamento.

- Pergunta 16: Especificar as horas empregadas nas tecnologias durante a semana e durante o fim-de-semana. Identificar a tecnologia utilizada (computador, telemóvel, televisão, videojogos, etc.).
- Pergunta 17: Analisar o consumo de substâncias psicoativas de forma mais precisa (incluir frequência de consumo, quantidade, etc.),
- Pergunta adicional: Examinar se o adolescente realiza alguma atividade relacionada com a arte (teatro, música, pintura, fotografia, etc.) no sentido de estudar se existe relação entre a arte e a SMP.

Por fim, como referido no início do capítulo, salienta-se a necessidade de desenvolver programas de saúde mental orientados para a promoção das características, capacidades e propriedades positivas da mente. Estes programas, no sentido de obter os melhores resultados, deverão estar focados naquilo que deve ser aprendido, exercitado e potencializado e não só em aquilo que deve ser evitado, rejeitado ou anulado, tendo como objetivo promover sentimentos positivos e de controlo sobre a própria pessoa (empoderamento).

Assim, acredita-se que a criação e implementação de programas de promoção de saúde mental nos jovens, baseados na potencialização da SMP e na divulgação e educação de estilos de vida e comportamentos saudáveis irá:

- Promover gerações saudáveis;
- Reduzir os problemas de saúde mental na adolescência e vida adulta, assim como os comportamentos de risco;
- Melhorar o bem-estar pessoal;
- Promover o conhecimento e controlo pessoal;
- Fomentar a capacidade de decidir e de atuar de forma autónoma;
- Promover a importância do amor-próprio;
- Diminuir o estigma relativo aos problemas relacionados com a mente.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. B. [et.al.] – Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Revista Brasileira Medicina Esporte*. Vol. 11, nº 4 (2005). p. 291-294.

AMARANTE, P. – *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. ISBN: 978-85-7541-430-9.

AZAGBA, S. – School bullying and susceptibility to smoking among never-tried cigarette smoking students. *Preventive Medicine*. ISSN: 0091-7435. Vol. 85 (2016), p. 69-73.

BONFIM, C. B. [et.al.] – The association of intrafamilial violence against children with symptoms of atopic and non-atopic asthma: A cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Child Abuse & Neglect*. ISSN: 0145-2134. Vol. 50 (2015), p. 244-253.

BREINBAUER, C. e MADDALENO, M. – *Youth: Choices and change – Promoting healthy behaviours in adolescents*. Washington DC: Pan American Health Organization – WHO, 2005.

CAMPILLO, N. C., ZAFRA, A. O., e REDONDO, A. B. – Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. ISSN 1578-8423. Vol. 8, nº 1 (2008), p. 61-77.

CARTER, M. [et.al.] – Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, Vol. 30 (2007), p. 51-62.

CARVALHO, S. R. e GASTALDO, D. – Promoção à saúde mental e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva*. [Em linha] Vol. 13, nº 2 (2008) [Consult. 10 Maio 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007 ISSN: 1678-4561.

CHANG, A. M. [et.al.] – Evening use of light-emitting eReaders negatively affects sleep, circadian timing and next-morning alertness. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. Vol. 112, nº 4 (2015), p. 1232-1237.

CHAPMAN, D. P. [et.al.] – Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*. ISSN: 0165-0327. Vol. 82, nº 2 (2004), p. 217-225.

COSTA, M. C. e SOUZA, R. P. – *Adolescência aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CZERENIA, D. e FREITAS, C. M. – *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. ISBN: 978-85-7541-183-4.

DIENER, E. e CHAN, M. Y. – Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Vol. 3, nº 1 (2011) p. 1-43

DONGA, E. e ROMIJN, J. A. – Sleep characteristics and insulin sensitivity in humans. *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 124 (2014), p. 107-114.

EGELAND, B. [et.al.] – The Long-Term Consequences of Maltreatment in the Early Years: A Developmental Pathway Model to Antisocial Behavior. *Children's Services: Social Policy*,

Research and Practice. [Em linha] Vol. 5, nº 4 (2002), p. 249-260 [Consult. 3 Abr. 2016] Disponível em: <https://www.childhelp.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/Egeland-B.-et-al.-2002.-The-Long-Term-Consequences-of-Maltreatment-in-the-Early-Years.pdf>.

ESTEFENON, S. G. B. e MOURA M.V. - Uso de substâncias psicoativas: aspectos psicossociais clínicos e terapêuticos. In: COSTA, M. C. O. e SOUZA, R. P. - *Adolescência, Aspectos clínicos e sociais*. Artmed: POA, 2002.

FEIJÃO, F. – *INQUÉRITO NACIONAL EM MEIO ESCOLAR, 2011 – 3º CICLO. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. Síntese de resultados*. [Em linha] Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Governo de Portugal. Ministério da Saúde: 2011 – [Consult. 10 Feb. 2016], Disponível em: <[http://www.cm-odivelas.pt/anexos/areas_intervencao/saude/pecpt/documentos/Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20em%20Meio%20Escolar%202011%20\(3%C2%BA%20Ciclo\).pdf](http://www.cm-odivelas.pt/anexos/areas_intervencao/saude/pecpt/documentos/Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20em%20Meio%20Escolar%202011%20(3%C2%BA%20Ciclo).pdf)>.

FEIJÃO, F. – *INQUÉRITO NACIONAL EM MEIO ESCOLAR, 2011 – SECUNDÁRIO. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. Síntese de resultados*. [Em linha] Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Governo de Portugal. Ministério da Saúde: 2011 – [Consult. 10 Feb. 2016], Disponível em: <[http://www.cm-odivelas.pt/anexos/areas_intervencao/saude/pecpt/documentos/Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20em%20Meio%20Escolar%202011%20\(Secund%C3%A1rio\).pdf](http://www.cm-odivelas.pt/anexos/areas_intervencao/saude/pecpt/documentos/Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20em%20Meio%20Escolar%202011%20(Secund%C3%A1rio).pdf)>.

FELDHaus, M. e HEINTZ-MARTIN, V. – Long-term effects of parental separation: Impacts of parental separation during childhood on the timing and the risk of cohabitation, marriage and divorce in adulthood. *Advances in Life Course Research*. ISSN: 1040-2608. Vol. 26 (2015), p. 22-31.

FERREIRA, M. R. S. e PAÚL, C. – Padrão alimentar dos adolescentes ao pequeno-almoço. In UNIESEP: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida – *Saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. p. 195-202. ISBN: 978-989-96103-5-4.

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

FORTIN, M. F. – *Fundamentos e etapas de investigação*. Loures, Lusodidacta, 2009. ISBN: 9789898075185.

FRICKER, J., DARTOIS, A., FRAYSSEIX, M. – *Guia da Alimentação da Criança. Da concepção à adolescência*. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. ISBN: 972-771-307-6.

FRISCO, M., MULLER, C. e FRANK, K. – Parents' Union Dissolution and Adolescents' School Performance: Comparing Methodological Approaches. *Journal of Marriage and Family*. [Em linha] Vol. 69, nº 3 (2007), p. 721-741 [Consult. 12 Abr. 2016] Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839245/>> ISSN: 1741-3737.

FUJITA, K. – On Conceptualizing Self-Control as More Than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review*. [Em linha] Vol. 15, nº 4 (2011) p. 352-366 [Consult. 2 Feb. 2016] Disponível em: [http://labs.psy.ohio-state.edu/fujita/documents/Fujita\(2011\).pdf](http://labs.psy.ohio-state.edu/fujita/documents/Fujita(2011).pdf) ISSN: 1532-7957.

GAETE, V. – Desarrollo psicossocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. ISSN: 0370-4106. Vol. 86, nº 6 (2015) p. 436-443.

GALVÃO, A. L. e ABUCHAIM, C. M. – Transtornos mentais na adolescência. *ABC da Saúde*. [Em linha] 2001 [Consult. 19 Abr. 2016], Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/transtornos-mentais-na-adolescencia>.

GINI, G. – Associations between bullying behavior, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of Pediatrics and Child Health*. [Em linha] Vol. 44, nº 9 (2009) p. 429-497 [Consult. 10 Mar. 2016] Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.2007.01155.x/full> ISSN: 1440-1754.

GOLDFARB, S. S. [et.al.] – A systematic review of the association between family meals and adolescent risk outcomes. *Journal of Adolescence* [Em linha] Vol. 44 (2015) p. 134-149. [Consult. 16 Feb. 2016]. Disponível em: <<http://www.jahonline.org>>.

GRANT, J. D. [et.al.] - Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychological Medicine*. Vol. 36 (2006), p. 109-18.

GREENFIELD, E. A. e MARKS, N. F. – Identifying experiences of physical and psychological violence in childhood that jeopardize mental health in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. ISSN: 0145-2134. Vol. 34 (2010), p. 161-171.

GRONTVED, A. [et.al.] – A prospective study of screen time in adolescence and depression symptoms in young adulthood. *Preventive Medicine*. Vol. 81 (2015), p. 108-113.

HALL, W. – What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*. Vol. 110, (2014), p. 19-35

HALLAL, P. C. [et.al.] – Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*. Vol. 36, nº 12 (2006). p. 1019-30.

HANCOX, R. J. [et.al.] – Association of Television Viewing during Childhood with Poor Educational Achievement. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Vol. 159, nº 7 (2005), p. 614-618.

HYSING, M. [et.al.] – Sleep and school attendance in adolescence: results from a large population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 43, nº 1 (2015), p. 2-9.

JAHODA, M. – *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books, 1958.

JANSSEN, I. e LEBLANC, A. G. – Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*. [Em linha] Vol. 7, nº 40 (2010) [Consult. 2 Feb. 2016] Disponível em: <<http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-7-40>> ISSN: 1479-5868

JESTE, D. V. [et.al.] – Positive Psychiatry: Its Time Has Come. *The Journal of Clinical Psychiatry*. [Em linha] Vol 76, nº 6 (2015), p. 675-683 [Consult. 20 Jan.2016] Disponível em: <http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2015/v76n06/v76n0601.aspx>. ISSN: 1555-2101.

KELLY, C. M. [et.al.] – Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *International Journal of Mental Health Systems*. [Em linha] Vol. 5, nº 4 (2011) [Consult. 6 Feb. 2016]. Disponível em: <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-5-4> ISSN: 1752-4458.

KEYES, C. L. M - Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*. Vol. 62 (2007), p. 95-108.

KEYES, C. L. M. – Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*. ISSN: 0190-2725. Vol. 61, nº 2 (1998), p. 121-140.

KEYES, C. L. M. - The mental health continuum: From languishing to "flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*. Vol. 43, nº 2. (2002) p. 207-222.

KOLLER, S. H. e BERNARDES, N. M. G. – Desenvolvimento moral pró-social: semelhanças e diferenças entre os modelos teóricos de Eisenberg e Kohlberg. *Estudos de Psicologia*. Vol. 2, nº 2 (1997) p. 223-262.

LACRUZ, A.I.G. e LACRUZ, M.G. – Does alcohol consumption reinforce mental problems in adolescence? *The Journal of Socioeconomics*. ISSN: 1053-5357. Vol. 39 (2010), p. 223-232.

LAMERS, S. M. A. – *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente. Thesis. 2011. ISBN: 978-90-365-3370-6.

LAVIKAINEN J. [et.al.] - *Public health approach on mental health in Europe*. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Ministry of Social Affairs and Health. [Em linha] (2000) [Consult. 7 Jan. 2016] Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_frep_11_c_en.pdf. ISBN: 951-33-1080-9.

LAZZOLI, J. K. [et.al.] – Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 4, nº 4 (1998), p. 1-3.

LIN, W. H. e YI, C. C. – Unhealthy sleep practices, conduct problem, and daytime functioning during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 44, nº 2 (2015), p. 431-446.

LINLEY, P. A. e JOSEPH, S. – *Positive Psychology in practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004. ISBN: 0-471-45906-2.

LLUCH, M^a Teresa - Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. México. ISSN 0185-3325. Vol.25, nº 4 (2002). P. 42-55.

LLUCH, M. T. - *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona, 1999. Tese de Doutoramento.

LLUCH, M. T. - Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, Vol. 11, nº 1 (2003). p. 61-78.

LOUREIRO, L. [et.al.] – Rótulos psiquiátricos: bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Porto. ISBN 1647-2160. Vol. 1 (2014), p. 40-46.

LOUREIRO, L. M. – *Primeira ajuda em Saúde Mental*. 1^a Ed. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. ISBN: 978-989-97031-9-3.

LUBMAN, D. I., CHEETHAM, A. e YÜCEL, M. – Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacology and Therapeutics*. ISSN: 0163-7258. Vol. 148 (2015), p. 1-16.

MARAS, D. [et.al.] – Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. *Preventive Medicine*, Vol. 73 (2015), p. 133-138.

MARTÍ, G. N., LLUCH, M. T. e LÓPEZ DE VERGARA, M. D. – *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson, 2000. ISBN: 84-458-0934-2.

MARTINS, C. – *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Psiquibrios, 2011. ISBN: 9789898333087.

MATOS, G. M. [et.al.] – *A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HSBC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras doenças Tropicais/IHMT/UNL, 2012. ISBN: 978-989-95849-5-2.

MCKNIGHT-EILY, L.R. [et.al.] - Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. *Preventive Medicine*. Vol. 53 (2011), p. 271-3.

MELEIS, A. I. – *Transitions Theory: Middle-Range and Situations Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MELO, R. – *Processo de Luto: O inevitável percurso face a inevitabilidade da morte*. [Em linha] (2004) [Consult. 2 Fev. 2016] Disponível em: <http://tutorado.tecnico.ulisboa.pt/files/sites/40/Luto.pdf>.

MONTE, K., FONTE, C. e ALVES, S. – Saúde mental numa população não clínica de jovens adultos: da psicopatologia ao bem-estar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. ISSN 1647-2160. nº 2 (2015), p. 83-87.

MOREIRA, M. S. [et.al.] – Uso de psicofármacos em crianças e adolescentes. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. ISSN: 1517-0276 Vol. 12, nº 2 (2014), p. 1013-1049.

NANSEL, T. R. [et.al.] – Cross-national Consistency in the Relationship Between Bullying Behaviors and Psychosocial Adjustment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*. [Em linha] Vol. 158, nº 8 (2004), p. 730-736 [Consult. 1 Abr. 2016] Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=485786>.

NORONHA, M. G. R. C. S. – Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência e Saúde Coletiva*. [Em linha] Vol. 14, nº 2 (2009) [Consult. 3 Mar. 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018 ISSN: 1678-4561.

NUNES, P. – *Psicologia Positiva*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra: Universidade de Coimbra, 2007. Trabalho de Licenciatura.

O'SULLIVAN, T. A. [et.al.] – A good quality breakfast is associated with better mental health in adolescence. *Public Health Nutrition* [Em linha]. Vol. 12, nº 2 (2008) p. 249-258. [Consult. 16 Feb. 2016]. Disponível em: <www.journals.cambridge.org>.

OLWEUS, D. – School Bullying: Development and Some Important Challenges. *Annual Reviews of Clinical Psychology*. ISSN: 1548-5951. Vol 9 (2013), p.751-780.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Resumo*. [Em linha] Genebra: 2004 – [Consult. 18 Abr. 2016], Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. ISBN: 92-4-859124-8.

ORTEGA, F. B. [et.al.] – Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal of obesity*. Vol. 32 (2008), p. 1-11.

OWENS, J. – Adolescents sleep working group; committee on adolescence. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics*. Vol. 134, nº 3 (2014), p. 921-932.

PAIVA, P. C. P. [et.al.] – Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e a sua associação com o sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciência e Saúde Coletiva* [Em linha] Vol. 20, nº 11 (2015), p.

3427-3435 [Consult. 18 Abr. 2016], Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26602720>> ISSN: 1678-4561.

PAIVA, T., GASPAR, T., MATOS, M. G. – Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Medicine*. Vol. 16, nº 4 (2015), p. 521-527.

PALACIOS, E. G., e ZABALA, A. F. - El autoconcepto. In: *El autoconcepto físico*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009. ISBN: 978-84-368-2246-5. p. 23-58.

PASSAROTTI, A. M. – Longitudinal trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol. 45 (2010), p. 301-308.

PAYNE, K. J. e ROSS, L. M. – *Simplicity Parenting: Using the Extraordinary Power of Less to Raise Calmer, Happier and More Secure Kids*. New York: Ballantine Books Trade Paperbacks, 2010. ISBN: 978-0-345-50798-3.

PEDROSA, C., CRUZ, G. e PEREIRA, S. A. – Hábitos e Perturbações do Sono de uma População Infantil de Vila Nova de Gaia. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 35, nº 4 (2004), p. 323-328.

PINHEIRO, D. P. N. – A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*. [Em linha] Vol. 9, nº 1 (2004) [Consult. 1 Abr. 2016] Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100009&lng=en
ISSN: 1807-0329.

POLOS, P. G. [et.al.] – The impact of Sleep Time-Related Information and Communication Technology (STRICT) on sleep patterns and daytime functioning in American adolescents. *Journal of Adolescence*. Vol 44 (2015), p. 232-244.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISBN: 978-989-95146-6-9.

POVEDANO, A. [et.al.] – Victimización Escolar: Clima Familiar, Autoestima y Satisfacción con la Vida desde una Perspectiva de Género. *Psychosocial Intervention*. ISSN: 1132-0559. Vol. 20, nº 1 (2011), p. 5-12.

RADLIFF, K. M. [et.al.] – Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol. 37 (2012), p. 569-572.

RESENDE, C. [et.al.] – Depressão nos adolescentes – mito ou realidade? *Nascer e Crescer*. ISSN: 0872-0754. Vol. 22, nº 3 (2013) p. 145-150.

ROGERS, N. L. [et.al.] – Neuroimmunologic aspects of sleep and sleep loss. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. Vol. 6, nº 4 (2001), p. 295-307.

ROTHON, C. [et.al.] – Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effect of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence*. ISSN: 0140-1971. Vol. 34 (2011), p. 579-588.

RYAN, R. M. e DECI, E. L. – On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*. [Em linha] Vol. 52 (2001), p. 141-166. [Consult. 20 Feb. 2016]. Disponível em:
<http://www.wisebrain.org/papers/HappinessLR.pdf>. ISSN: 0066-4308.

RYFF, C. D. e KEYES, C. L. M. – The Structure of Psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 69 (1995), p. 719-727.

SALVO, E. P., SILVER, E. J. e STEIN, R. E. K. – Household Food Insecurity and Mental Health Problems Among Adolescents: What Do Parents Report? *Academic Pediatrics* [Em linha]. Vol. 16, nº 1 (2016) p. 90-96. [Consult. 15 Fev. 2016]. Disponível em: <<http://www.academicpedsjnl.net>>.

SAWYER, S. M. [et.al.] – Adolescence: a foundation for future health. *LANCET*. ISSN: 0140-6736. Vol. 379 (2012) p. 1630-1640.

SEQUEIRA, C. [et.al.] – Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. ISSN 1647-2160. nº 11 (2014), p. 45-53.

SEQUEIRA, C. – Saúde Mental Positiva. In *Comemorações – Dia Mundial da Saúde*. [Em linha] (2015) [Consult. 10 Fev. 2016]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva.

SHOCHAT, T., COHENZION, M. e TZISCHINSKY, O. – Functional consequences of inadequate or inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. ISSN: 1087-0792. Vol. 18, nº 1 (2014), p. 75-87.

SILVA, A. S. e DE DEUS, A. A. – Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*. Vol. 2, nº 23 (2005), p. 151-172.

SIMÕES, C., MATOS, M. G., BATISTA-FOGUET, J. – Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol. 7, nº 2 (2006), p. 147-164.

SIQUEIRA, M. M. M. e PADOVAM, V. A. R. – Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [Em linha] Vol. 24, nº 2 (2008), p. 201-209. [Consult. 20 Maio 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09>. ISSN: 1806-3446.

SNYDER, C. R. e LOPEZ, S. J. – Psicologia Positiva. Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Artmed, 2009. ISBN: 978-853-63165-6-7.

STAMAKIS, K. A., BROWNSON, R. C. – Sleep duration and obesity-related risk factors in the rural Midwest. *Preventive Medicine*. Vol. 46, nº 5 (2008), p. 439-444.

STEFANELLI, M. C., FUKUDA, I. M. e ARANTES, E. C. – *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. 1ª Ed. Brasil: Editora Manole, 2008. ISBN: 978-85-204-2197.

SUCHERT, V., HANEWINKEL, R. e ISENSEE, B. – Screen time, weight status and the self-concept of physical attractiveness in adolescents. *Journal of Adolescence*. Vol. 48 (2016), p. 11-17.

SUN, Y. e LI, Y. – Marital disruption, parental investment and children's academic achievement: A prospective analysis. *Journal of Family Issues*. ISSN: 0192-513X. Vol. 22 (2001), p. 27-62.

TAVARES, B.F., BÉRIA, J. U. e SILVA DE LIMA, M. – Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista Saúde Pública*. [Em linha], Vol. 38, nº 6 (2004) [Consult. 2 Abr. 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600006> ISSN: 1518-8787.

TAVARES, J [et al.] – *Manual de Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora, 2007.

TEEVALE, T [et.al.] - Binge drinking and alcohol-related behaviours amongst Pacific youth: a national survey of secondary school students. *New Zealand Medical Journal*. Vol. 125, nº 1352 (2012), p. 60-70.

TOMÉ, G. M. Q. – Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes portugueses. [Em linha] Universidade Técnica de Lisboa, 2011. Tese de Doutoramento em Ciências de Educação. [Consult. 4 Feb. 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00046.pdf.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. – Tobacco Use and the Health of Young People. *Centers for Disease Control and Prevention* [Em linha] June 2008 [Consult. 10 Abr. 2016], Disponível em: http://www.cdc.gov/HealthyYouth/tobacco/pdf/tobacco_factsheet.pdf.

VANDERBILT, D., e AUGUSTYN, M. – The effects of bullying. *Pediatrics and Child Health*. ISSN: 1751-7222 Vol. 20, nº 7 (2010), p. 315-320.

VITOLO, M. R. – *Nutrição da Gestaçã o à Adolescência*. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso editores, 2003. ISBN: 9788587148735.

WALSH, F. – Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*. [Em linha] Vol. 42, nº 1 (2003), p.1-18 [Consult. 16 Abr. 2016] Disponível em: http://sw2.haifa.ac.il/images/stories/Field_studies/family_4.pdf ISSN: 1545-5300.

WHITE, R. L. e BENNIE, A. – Resilience in Youth Sport: A Qualitative Investigation of Gymnastics Coach and Athlete Perceptions. *International Journal of Sports Science and Coaching*. Vol. 10, nº 2-3 (2015). p. 379-393.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization, 2005. ISBN: 92-4-156294-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001. ISBN: 92-4-156201-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. [Em linha] 2002 [Consult. 17 Abr. 2016], Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42510/1/WHO_2002.pdf ISSN: 1020-3311.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The global burden of disease: 2004*. World Health Organization, 2008. ISBN: 978-92-4-156371-0

WRIGHT, R. J. – Epidemiology of stress and asthma: From constricting communities and fragile families to epigenetics. *Immunology and Allergy Clinics of North America*. ISSN: 1557-8607. Vol. 31, nº 1 (2011), p. 19-39.

WU, N. S. [et.al.] – Childhood and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*. ISSN: 0306-4603. Vol 35, nº 1 (2010), p. 68-71.

YUNES, M. A. M. – Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*. [Em linha] Vol. 8 (2003) [Consult. 6 Abr. 2016] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000300010&lng=en ISSN:1807-0329.

ANEXOS

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO SAÚDE MENTAL POSITIVA DO ADOLESCENTE

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Questionário de Saúde Mental Positiva do Adolescente

Dissertação: "Saúde Mental Positiva em Adolescentes"

Caro estudante,

Nos próximos minutos pedimos-te que completes as duas partes que constituem este questionário.

A tua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiseses participar, tens todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a tua atenção.

Assegura-se a **absoluta confidencialidade dos dados** em todo momento.

Os dados recolhidos têm apenas utilidade estatística, isto quer dizer que não existem respostas corretas ou incorretas e que nenhum dos estudantes será identificado. O que nos interessa é que **respondas com informação real e sincera**.

Por favor **evita deixar questões em branco**, para não comprometer os dados globais do instrumento.

Estou disponível para qualquer dúvida que te possa surgir.

Muito obrigada pela tua colaboração.

Parte I – Questões gerais

1. NOME DA ESCOLA: _____

2. IDADE: _____

3. DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

4. ANO: ☐ 7º ☐ 8º ☐ 9º ☐ 10º ☐ 11º ☐ 12º

5. SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino

6. EM GERAL, COMO CONSIDERAS A RELAÇÃO QUE TENS COM OS TEUS PAIS?

☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Normal ☐ Má ☐ Muito má

7. MARQUE COM UMA "X" AQUELAS PESSOAS COM QUEM MORAS ATUALMENTE:

☐ Mãe ☐ Pai ☐ Irmãos ☐ Avós ☐ Outros: _____

8. MARQUE COM UMA "X" AQUELAS SITUAÇÕES QUE JÁ VIVENCIASTE, PELO MENOS, UMA VEZ NA TUA VIDA:

- ☐ Agressão ou violência (física ou verbal) no núcleo familiar
☐ Bullying na escola ou fora da escola
☐ Morte de um familiar
☐ Separação dos pais
☐ Outros. Especificar: _____
☐ Nenhuma

9. TENS ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

10. AO LONGO DA TUA VIDA, VISITASTE ALGUMA VEZ UM PSIQUIATRA OU PSICÓLOGO?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar: _____

11. CONSIDERAS QUE A ALIMENTAÇÃO É IMPORTANTE PARA A SAÚDE MENTAL?

- ☐ Não ☐ Sim

12. REFERE QUAIS AS REFEIÇÕES QUE FAZES HABITUALMENTE?

- ☐ Pequeno-almoço ☐ Almoço ☐ Lanche ☐ Jantar ☐ Ceia

13. COSTUMAS REALIZAR REFEIÇÕES EM FAMÍLIA DURANTE A SEMANA?

- ☐ Não ☐ Sim. Especificar a refeição: _____

14. DURANTE A SEMANA E NO PERÍODO DE AULAS, QUANTAS HORAS DORMES POR NOITE?

- ☐ Menos de 7 horas ☐ 8 horas ☐ Mais de 8 horas

15. PRATICAS ALGUM DESPORTO OU EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR?

- ☐ Não
☐ Sim. Especificar: _____ Número de horas semanais: _____

16. QUANTAS HORAS POR DIA PASSAS A VER TELEVISÃO, JOGAR VIDEOJOGOS, USAR O COMPUTADOR OU O TELEMÓVEL? (responde em relação ao tempo consumido no total)

- ☐ Menos de 1 hora por dia ☐ Entre 2 e 3 horas por dia ☐ Mais de 3 horas por dia

17. DAS SEGUINTE SUBSTÂNCIAS, MARQUE COM UMA "X" AQUELA/S QUE TENHAS EXPERIMENTADO ALGUMA VEZ:

- ☐ Álcool ☐ Tabaco ☐ Cannabis ☐ Psicofármacos
☐ Nunca consumi nenhuma substância ☐ Outros: _____

18. HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO QUE CONSIDERES IMPORTANTE RELATIVAMENTE A TUA SAÚDE (MENTAL)?

- ☐ Não
☐ Sim. Especificar: _____

Parte II - Questionário de Saúde Mental Positiva – QSM+ (Sequeira *et.al.*, 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a tua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um de nós. Para responder, lê cada frase e responde de acordo com a frequência que melhor caracteriza o teu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: **Sempre ou quase sempre; Na maioria das vezes; Algumas vezes; Raramente ou nunca.**

N.º	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando têm atitudes diferentes das minhas.				
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas (Ex: tristeza, raiva, ansiedade, desprezo...)				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem				
17	Procuro melhorar como pessoa				

18	Considero-me um (a) bom/ boa conselheiro(a)				
N.º	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos (Ex: não sirvo para nada, não vou conseguir passar esta cadeira, ninguém gosta de mim, sou feio/feia, tudo o que eu faço está mal, etc.)				
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
25	Penso nas necessidades dos outros				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal,				
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada				
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais				
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)				
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
37	Gosto de ajudar os outros				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico				

ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QSM+



ESEP

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Declaração

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, declara para os devidos efeitos que autoriza Irene Roura Garcia, a utilizar o Questionário de Saúde Mental Positiva, no âmbito do seu trabalho de mestrado, no qual pretende avaliar a saúde mental dos estudantes do ensino secundário, validado pelo autor, para a população portuguesa.

Porto, 08 de Janeiro de 2016

Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Professor Doutor ESEP

Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Tel.: 22 507 35 00 • 96 728 61 93/4 • Fax: 22 509 63 37
E-Mail: esep@esenf.pt • Site Web: <http://portal.esenf.pt>

E-mail pessoal: carlossequeira@esenf.pt